



CONSULTATION FORM

نموذج الاستشارة



Dear Doctor, for your prescription, you are kindly requested to fill the Prescription/Advice Form along with this form.

عزيزي الطبيب ، لوصفك الطبية ، نرجو منك تعبئة نموذج الوصفة مرفقا مع هذا النموذج

PATIENT INFORMATION

بيانات المريض

PATIENT NAME	: YASODA RAJAGOPAL DORAI RAJ		
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	: 03-May-1968	GENDER	: Female
تاريخ الميلاد		الجنس	
CARD NBR	: 666P-P1MM-VMVP-RVAE	PAYER	: NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين	

CASE INFORMATION : ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY

نوع الحالة : حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS : J02.8 - Acute pharyngitis due to other specified organisms, J30.9 - Allergic rhinitis, unspecified, J03.90 - Acute tonsillitis, unspecified, N39.0 - Urinary tract infection, site not specified, R50.9 - Fever, unspecified

التشخيص

AETIOLOGY :

Enter Aetiology

لمسببات المرضية

(Please indicate the exact cause in case of injuries and maternity-related cases)

(الرجاء تحديد المسبب الدقيق في حالة الصابات و الحالات المتعلقة بالمومة)

SYMPTOMS :

Complaint

High grade fever since this morning.

Also has pain in throat and severe upper abdominal pain

with associated vomiting

العراض المرضية

she is a known hypertensive on amlodipine but she is not a diabetic and has not hyperlipidemia.

Also has frequency of urine and burning pain during micturition.

Exam: Hyperemic and inflamed pharynx.

CLINICAL FINDINGS :

CPT Code	Treatment	Type
96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
81001	Urnl Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy	Lab
86140	C-Reactive Protein	Lab
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
0005-242802-0781	PANTONIX 40MG I.V.	Pharmacy

النتائج السريرية

CPT Code	Treatment	Type
96372	Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im	Co.Pay
0005-149902-1021	CLOFEN	Pharmacy
0195-107704-0801	CEFTRIAZONE-TABUK IV	Pharmacy
06365	Infusion Therapy/Prophylactic/Dx 10-15-1 Hr	Co.Pay

REMARKS : Enter Remarks

الملحظات : Enter Remarks

TREATING PHYSICIAN : Enomen Goodluck

الطبيب المعالج : Enomen Goodluck

HOSPITAL /CLINIC : Irham Medical Center Arjan

المستشفى / العيادة : Irham Medical Center Arjan

CONSULTATION DETAILS : ☐ New ☐ Follow Up CONSULTATION FEES : Enter CONSULTATION FEES

نوع الاستشارة : ☐ جديد ☐ المتابعة رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

توقيع وختم الطبيب




DATE: 18/04/2024

التاريخ

I hereby authorize any healthcare provider or Insurance Company to provide and/or give copies of medical records to NAS Personnel in relation to current or previous treatments and services rendered to myself or any of my dependents. Any copy of this consent shall be considered as the original.

أنا الموقع أدناه ، أفوض أية جهة طبية أو طبيب أو شركة تأمين بتزويد شركة ناس بأي معلومات من الملف الطبي بشأن العلاج الحالي أو السابق لي أو للأفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورة عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

