



## 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 : TOFAZZAL HOSSAIN NURUL ISLAM

اسم المريض

DATE OF BIRTH : 02-Mar-1984

تاريخ الميلاد

CARD NBR : J2FF-KK12-C2CG-8CDE

رقم البطاقة

GENDER : Male

الجنس

PAYER : NAS - SRN WN

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, J00 - Acute nasopharyngitis [common cold], N39.0 - Urinary tract infection, site not specified, E11.65 - Type 2 diabetes mellitus with hyperglycemia, E78.5 - Hyperlipidemia, 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

العرض المرضية

Generalized body pains, cold, cough and fever and also running nose.

Know diabetic and hypercholesterolemia.

RBS now =116mg/dl

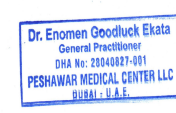
CLINICAL FINDINGS :

| CPT Code         | Treatment                                                                                                                  | Type                 |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 9.02             | Gp Repeat Visit For Op Consultation Refers To Week 2, 3 & 4 From The Date Of Initial Consultation For Same Illness In Opd. | General Consultation |
| 83036            | Hemoglobin Glycosylated A1C                                                                                                | Lab                  |
| 80061            | Lipid Panel                                                                                                                | Lab                  |
| 82947            | Glucose Quantitative Blood Xcpt Reagent Strip                                                                              | Lab                  |
| 85025            | Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count                                                                           | Lab                  |
| 81001            | Urns Dip Stick/Tablet Reagent Auto Microscopy                                                                              | Lab                  |
| 96375            | Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug                                                                                | Co.Pay               |
| 0125-122107-1022 | DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE                                                                                             | Pharmacy             |
| 96372            | Therapeutic Prophylactic/Dx Injection Subq/Im                                                                              | Co.Pay               |
| 0005-149902-1021 | CLOFEN                                                                                                                     | Pharmacy             |
| 96365            | Iv Infusion Therapy/Prophylaxis /Dx 1St To 1 Hr                                                                            | Co.Pay               |
| 0195-107704-0801 | CEFTRIAXONE-TABUK IV                                                                                                       | Pharmacy             |

النتائج السريرية

|            |               |           |      |
|------------|---------------|-----------|------|
|            | CPT Code      | Treatment | Type |
| REMARKS :  | 0005-111805-  |           |      |
| الملحظات : | Enter Remarks |           |      |

|                        |                            |                                 |                                             |
|------------------------|----------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------|
| TREATING PHYSICIAN :   | Enomen Goodluck            |                                 |                                             |
| الطبيب المعالج :       |                            |                                 |                                             |
| HOSPITAL /CLINIC :     | Irham Medical Center Arjan |                                 |                                             |
| المستشفى / العيادة :   |                            |                                 |                                             |
| CONSULTATION DETAILS : | <input type="radio"/> New  | <input type="radio"/> Follow Up | CONSULTATION FEES : Enter CONSULTATION FEES |
| نوع الاستشارة :        | جديد                       | المتابعة                        | رسوم الاستشارة                              |

|                              |                                                                                   |                                                                                    |                  |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP |  |  | DATE: 23/04/2024 |
| توقيع و ختم الطبيب           |                                                                                   |                                                                                    | 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 صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصليه

|                         |                                                                                    |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| BENEFICIARY'S SIGNATURE |  |
| توقيع المستفيد          |                                                                                    |