



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	: VYSAKH NEDIYEDATH MURALI MURALI NEDIYEDATH SANKARAN	
اسم المريض		
DATE OF BIRTH	: 06-Nov-1995	GENDER : Male
تاريخ الميلاد		الجنس
CARD NBR	: N6NL-3NMM-VMV3-6VAE	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة		شركة التأمين

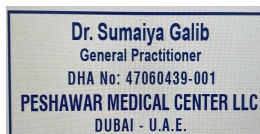
CASE INFORMATION	: ☐ ACUTE ☐ CHRONIC ☐ PRE-EXISTING ☐ INJURY
نوع الحالة	حادة مزمنة موجودة مسبقا إصابة

DIAGNOSIS	: J06.9 - Acute upper respiratory infection, unspecified, R05 - Cough, R50.9 - Fever, unspecified, R09.81 - Nasal congestion																					
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																					
العراض المرضية																						
	o/e pharynx hyperemic, tonsils enlarged grade 2 with pus spots on the left tonsil																					
	c/o productive cough, stuffy nose, fever, sore throat since 4 days																					
CLINICAL FINDINGS	: <table> <tr> <th>CPT Code</th> <th>Treatment</th> <th>Type</th> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Consultation Gp</td> <td>General Consultation</td> </tr> <tr> <td>96374</td> <td>Ther Proph/Dx Nxj Iv Push Single/1St Subst/Drug</td> <td>Co.Pay</td> </tr> <tr> <td>0125-122107-1022</td> <td>DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>0005-111805-1021</td> <td>CHLOROHISTOL 10MG</td> <td>Pharmacy</td> </tr> <tr> <td>86140</td> <td>C-Reactive Protein</td> <td>Lab</td> </tr> <tr> <td>85025</td> <td>Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count</td> <td>Lab</td> </tr> </table>	CPT Code	Treatment	Type	9	Consultation Gp	General Consultation	96374	Ther Proph/Dx Nxj Iv Push Single/1St Subst/Drug	Co.Pay	0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy	0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy	86140	C-Reactive Protein	Lab	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab
CPT Code	Treatment	Type																				
9	Consultation Gp	General Consultation																				
96374	Ther Proph/Dx Nxj Iv Push Single/1St Subst/Drug	Co.Pay																				
0125-122107-1022	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy																				
0005-111805-1021	CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy																				
86140	C-Reactive Protein	Lab																				
85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntl Wbc Count	Lab																				
النتائج السريرية																						
REMARKS	: Enter Remarks																					
الملحظات																						

TREATING PHYSICIAN	: Sumaiya	
الطبيب المعالج		
HOSPITAL /CLINIC	: Irham Medical Center Arjan	
المستشفى / العيادة		
CONSULTATION DETAILS	: ☐ New ☐ Follow Up	CONSULTATION FEES : Enter CONSULTATION FEES
نوع الاستشارة	جديد المتابعة	رسوم الاستشارة

DOCTOR'S SIGNATURE AND STAMP

Sumaiya Galib



DATE: 12/07/2023

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 كالصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

