



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	:	MAY JANICE GEROZAGA CANAS	
اسم المريض			
DATE OF BIRTH	:	12-Jun-1979	GENDER : Female
تاريخ الميلاد			الجنس
CARD NBR	:	I1AR-A1CC-DCDE-4DEA	PAYER : NAS VN
رقم البطاقة			شركة التأمين

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

نوع الحالة : ☐ حادة ☐ مزمنة ☐ موجودة مسبقا ☐ إصابة

DIAGNOSIS : J18.0 - Bronchopneumonia, unspecified organism, J45.22 - Mild intermittent asthma with status asthmaticus, J01.40 - Acute pansinusitis, unspecified, R05 - Cough

التشخيص

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 :

العراض المرضية

CLINICAL FINDINGS :	CPT Code	Treatment	Type
	85652	Sedimentation Rate Rbc Automated	Lab
	86140	C-Reactive Protein	Lab
	85025	Blood Count Complete Auto&Auto Difrntrl Wbc Count	Lab
	96375	Therapeutic Injection Iv Push Each New Drug	Co.Pay
	96365	Intravenous Infusion, For Therapy, Prophylaxis, Or Diagnosis (Specify Substance Or Drug); Initial, Up To 1 Hour	Co.Pay
	0005-111805-1021	(CHLORPHENIRAMINE MALEATE : 10 MG/ML) SOLUTION FOR INJECTION-CHLOROHISTOL 10MG	Pharmacy
	0005-149902-1021	(DICLOFENAC SODIUM : 75 MG/3ML) SOLUTION FOR INJECTION-CLOFEN	Pharmacy
	0125-122107-1022	(DEXAMETHASONE : 4 MG/ML) SOLUTION FOR INJECTION-DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE	Pharmacy
	0195-107704-0801	CEFTRIAZONE-TABUK IV-(CEFTRIAZONE : 1 G) POWDER FOR INJECTION	Pharmacy
	2849-100143-0991	(DEXTROSE : 5% W/V) (SODIUM CHLORIDE : 0.45% W/V) SOLUTION-5% W/V DEXTROSE 0.45% & W/V SODIUM CHLORIDE	Pharmacy
	9	Consultation Gp	General Consultation

REMARKS :

TREATING PHYSICIAN : Sajid Sanaullah

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

توقيع وختم الطبيب



DATE: 13/10/2023

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 للفراد المعالين من قبلي و الحصول على صورة منه. أية صورته عن هذا التحويل تعتبر كاصلية

BENEFICIARY'S SIGNATURE

توقيع المستفيد

