



قرار إلزامي نموذج رقم (1)

				اسم المريض كاملاً
	تاريخ الميلاد		الجنسية	<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
	رقم الهوية	<input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مطلق <input type="checkbox"/> أرملة		
	وسيلة الاتصال	العنوان		
	رقم الملف الطبي	المنشأة العلاجية النفسية التابع لها المريض		

	اليوم		وقت الدخول	تاريخ الدخول
				طريقة الدخول <input type="checkbox"/> بنفسه (اختياري) <input type="checkbox"/> العائلة <input type="checkbox"/> الجهات الأمنية <input type="checkbox"/> الهلال الأحمر <input type="checkbox"/> أخرى حدد

اسم من أضر المريض		صفته بالنسبة للمريض		بصمة المريض
العنوان		وسيلة الاتصال		

أقر بصحة جميع البيانات المذكورة أعلاه بواسطة المريض أو من ينوب عنه الولي أو الوكيل

الاسم :		الصفة :	
العنوان:		وسيلة الاتصال :	
التاريخ :		التوقيع :	

نوع القرار	<input type="checkbox"/> دخول إلزامي	<input type="checkbox"/> دخول إسعافي	<input type="checkbox"/> تحفظ إلزامي مؤقت	<input type="checkbox"/> رعاية علاجية إلزامية
حالة المريض:				
التشخيص:				
أسباب اتخاذ القرار:				
الإجراءات المتخذة:				
الملاحظات والتوصيات:				

اسم متخذ القرار	صفة متخذ القرار	وسيلة الاتصال	التاريخ	التوقيع