



الإبلاغ بحالة مريض نفسي رقم (3)

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

المنشأة العلاجية المتخذة للقرار الإلزامي				
<input type="checkbox"/> مجلس المراقبة الصحية للرعاية الصحية النفسية		<input type="checkbox"/> إدارة المنشأة العلاجية النفسية		إبلاغ بالقرار الإلزامي
<input type="checkbox"/> حدد أخرى		<input type="checkbox"/> مديرية الشؤون الصحية بالمنطقة / المحافظة		
وقت الإبلاغ:	تاريخ الإبلاغ:	وقت القرار:		تاريخ القرار الإلزامي

<input type="checkbox"/> رعاية علاجية إلزامية	<input type="checkbox"/> دخول إلزامي	نوع القرار
<input type="checkbox"/> تحفظ إلزامي مؤقت	<input type="checkbox"/> دخول إسعافي	
<input type="checkbox"/> تمديد دخول إلزامي (الثاني)	<input type="checkbox"/> تمديد دخول إلزامي (الأول)	
<input type="checkbox"/> تمديد رعاية علاجية إلزامية	<input type="checkbox"/> تمديد دخول إلزامي (الثالث)	
<input type="checkbox"/> الجهات الأمنية <input type="checkbox"/> العائلة <input type="checkbox"/> بنفسة (اختياري)	<input type="checkbox"/> الهلال الأحمر <input type="checkbox"/> أخرى حدد	طريقة الدخول
صفته بالنسبة للمريض		أسم من أحضر المريض
وسيلة الاتصال		العنوان

تاريخ القرار الإلزامي	الوقت	اليوم	مدة القرار
حالة المريض عند الوصول:			
التشخيص:			
الإجراءات المتخذة:			
الملاحظات والتوصيات:			

م	اسم متخذ القرار	صفة متخذ القرار	وسيلة الاتصال	التاريخ	التوقيع
	المدير الطبي بالمنشأة العلاجية	التاريخ	التوقيع		
	مدير المنشأة العلاجية	التاريخ	التوقيع		