

الإبلاغ بحالة مريض نفسي رقم (٣)

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

المنشأة العلاجية المتخذة للقرار الإلزامي									
إبلاغ بالقرار الإلزامي					إدارة المنشأة العلاجية النفسية <input type="checkbox"/>				
مجلس مراقبة الصحة للرعاية الصحية النفسية <input type="checkbox"/>					مديرية الشؤون الصحية بالمنطقة / المحافظة <input type="checkbox"/>				
أخرى حدد									
تاريخ القرار الإلزامي		وقت القرار		تاريخ الإبلاغ		وقت الإبلاغ			
نوع القرار		دخول إلزامي <input type="checkbox"/>		رعاية علاجية إلزامية <input type="checkbox"/>		دخول إسعافي <input type="checkbox"/>		تحفظ إلزامي مؤقت <input type="checkbox"/>	
		تمديد دخول إلزامي (الأول) <input type="checkbox"/>		تمديد دخول إلزامي (الثاني) <input type="checkbox"/>		تمديد دخول إلزامي (الثالث) <input type="checkbox"/>		تمديد رعاية علاجية إلزامية <input type="checkbox"/>	
طريقة الدخول		الهلال الأحمر <input type="checkbox"/>		أخرى حدد		بنفسه (اختياري) <input type="checkbox"/>		العائلة <input type="checkbox"/> الجهات الأمنية <input type="checkbox"/>	
اسم من حضر المريض					صفته بالنسبة للمريض				
العنوان					وسيلة الاتصال				

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	م	اسم متخذ القرار	صفة متخذ القرار	وسيلة الاتصال

الختم الرسمي		التوقيع		التاريخ		المدير الطبي بالمنشأة العلاجية	
		التوقيع		التاريخ		مدير المنشأة العلاجية	