



تمديد قرار إلزامي نموذج رقم (2)

				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

مدة الدخول		اليوم		وقت		تاريخ الدخول الإلزامي
------------	--	-------	--	-----	--	-----------------------

طريقة الدخول <input type="checkbox"/> بنفسه (أختياري) <input type="checkbox"/> العائلة <input type="checkbox"/> الجهات الامنية <input type="checkbox"/> الهلال الاحمر <input type="checkbox"/> أخرى.....			
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:

تاريخ تمديد القرار الإلزامي	الوقت	اليوم	مدة التمديد
نوع القرار	<input type="checkbox"/> تمديد دخول إلزامي (الأول) حد أقصى ثلاثون يوماً		
	<input type="checkbox"/> تمديد دخول إلزامي (الثاني) حد أقصى تسعون يوماً		
	<input type="checkbox"/> تمديد دخول إلزامي (الثالث) حد أقصى مائة وثمانون يوماً والرفع لمجلس المراقبة المحلي للرعاية الصحية النفسية للحصول على الموافقة		

التشخيص:

أسباب تمديد القرار

الإجراءات المتخذة:

الملاحظات والتوصيات:

اسم متخذ القرار	صفة متخذ القرار	وسيلة الاتصال	التاريخ	التوقيع