

نموذج تحويل المريض الى مستشفى آخر

المستشفى : العيادة :

محول من عيادة /قسم : ( الى مستشفى :

اسم المريض : ..... الجنس :..... العمر :.....

رقم بطاقة التامين الصحي : ( )

فئة التامين : ( ) تاريخ الاصدار : / / تاريخ الانتهاء : / /

مشارك :  منتفع :

التحويل :

سبب التحويل : .....

.....

السيره المرضيه : .....

.....

النتائج المخبريه والشعاعيه : .....

.....

العلاجات والاجراءات : .....

مدة التحويل :  مرة واحدة  ثلاثة شهور

حالة المريض عند الدخول :  مستقره  غير مستقره

اسم الشخص الذي تم التنسيق معه :

اسم وتوقيع الطبيب : توقيع رئيس القسم : مصدق / مدير المستشفى

بسم الله الرحمن الرحيم

وزارة الصحة

مستشفى الايمان/عجلون

نموذج تحويل مريض الى مستشفى آخر

يحول الى مستشفى ..... قسم .....

وقت عودة سيارة الاسعاف		وقت انطلاق سيارة الاسعاف		تاريخ التحويل		
الساعة	الدقيقه	الساعة	الدقيقه	السنة	الشهر	اليوم

معلومات سيارة الاسعاف

رقم الاسعاف	رقم العداد عند الانطلاق	رقم العداد عند العوده

اسم السائق .....

معلومات عن المريض المحول

اسم المريض ..... عمر المريض ..... عنوان المريض .....

الحاله المرضيه التي نقل فيها المريض .....

الحاله أثناء النقل .....

العلاجات التي أعطيت أثناء النقل .....

اسم الطبيب المستقبل

اسم الطبيب المحول

نَعْوَذُ بِج