

2021/5/20

نموذج تحويل للمستشفى

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

غرفة تحويل للمستشفى

الهيئة العربية للتصنيع
مكتب المطاشات

إدارة الخدمات الطبية بمنطقة حلوان

الاسم
المصنع
نوع العرض المطلوب
السجل
التاريخ
عرض
الصيد / الدكتور مدير مستشفى
بعد التحية
الرجاء التكرم بتوقيع الكشف وعلاج السيد /
والإفادة بالنتيجة والتقريب
وتفضلوا بقبول فائق الاحترام
دكتور
عبد الله احمد عزام
مدير إدارة الخدمات الطبية بمنطقة حلوان

٢٤٦ ط

اجراء رقم ACFQ/E/HSP 74-01 ملحق (3 - 3)
نموذج لياقة مريض لعملية جراحية نموذج رقم (ن / 74 / 202)

| نموذج لياقة مريض لعملية جراحية | |
|---|------------------------------|
| اسم المريض : | تاريخ الميلاد : / / |
| المصنع : | رقم الملف : |
| العائل : | رقم البطاقة العلاجية : |
| التشخيص : | اسم الجراح : |
| اسم العملية : | التاريخ : / / |
| الأبحاث المطلوبة [بمعرفة الجراح] | |
| CBC - ESR - URINE Analysis FBS- 2hr.pp - Urea - Creatinine ALT - AST - S.albumin PT - INR Bleeding Time - Clotting Time. ECG - CXR Others | |
| رأى الباطنة : | تاريخ العرض : |
| BP Pluse Clinical Examination <u>Associated medical Conditions:</u> DM - HTN - IHD - COAD - STROKE - CLD - RHEUMATIC DISEASES OTHERS: Current drag therapy Patient is allergic to previous operations : 1- 2- | |
| رأى الباطنة : | |
| - لائق - غير لائق - اعادة عرض بعد : - عرض تخصص آخر : | |
| اسم الطبيب { توقيع الطبيب { التاريخ : | |
| رأى التخدير : | |
| لائق : غير لائق : اسم الطبيب { توقيع الطبيب { التاريخ : | |

| | |
|--------------------|-----------|
| اعادة عرض باطنة : | التاريخ : |
| لائق : | |
| غير لائق : | |
| عرض على تخصص آخر : | |

| | |
|--------------|-----------|
| عرض أسنان : | التاريخ : |
| لائق : | |
| غير لائق : | |
| اسم الطبيب : | التوقيع : |

تعليمات

- ١- يستوفى هذا النموذج من عيادات الأسر للمساكنات و الزوجات أو من مصنع للعاملين.
- ٢- يقوم الجراح بكتابة المعامل المطلوبة ثم يتوجه المريض لعمله إلى عيادات الأسر أو المصنع.
- ٣- لن يقبل دخول المريض للمستشفى إلا بعد استيفاء النموذج.
- ٤- بعد استيفاء النموذج يتم تصديق هذا النموذج من قسم التخيدير بالـ تشفى وبعد ذلك يتم اجراءات الدخول عن طريق الاستقبال أو العيادات بواسطة الجراح

ن / مريض عمليات

خودج امشعل عبد الرحمن
امر تشغيل سيارة للأمورية مصلحية
لنقل الى لوح الحرجة

رقم السيارة نوع السيارة
الساعة الى الساعة
من الى
من الى
من الى
توقيع قائد الأمورية
مكتب السيارة : السيد /
قراءة العداد عند التمرح قراءة العداد عند نهاية الأمورية
ملاحظ الحركة يعتمد مهندس
كاتب الحركة
(مدير الخسلة) ٩٩٠٨ ٢٠

إعتداد الأجازات أكثر من 10 أيام

غازع إعتداد الأجازات مرضية ٢٠٠٨

الهيئة العربية للتصنيع
مصنع الطائرات

إدارة الخدمات الطبية
التاريخ : ٢٠٠ / /

السيد / مدير الإدارة العامة لشئون العاملين
تحية طيبة وبعد ..
نحيط علم سيادتكم بقرار اللجنة الطبية المركزية رقم (بتاريخ ٢٠٠ / / باعتماد
الاجازة المرضية مع عدم تطبيق القرار / تطبيق القرار ١٩٩٢/١٨٩ .
للسيد : سجل : من الى ٢٠٠ / /
برجاء العلم واتخاذ اللازم .
وتفضلوا بقبول فائق الاحترام
التوقيع [دكتور /
مدير إدارة الخدمات الطبية
عزة / ٠٠



عمادة رقم ()

قرار اللجنة الطبية بتاريخ : / /

الاسم : السجل : المصنح :
عرض / ادخل :
وتشخيصت الحالة :
وتوصي له باجازة مرضية :
وعليه فقد قررت اللجنة اعتماد المدة من / / ٢٠١ / / ٢٠١
اجازة مرضية :

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام .،،

رئيس اللجنة

/د/

(مدير ادارة الخدمات الطبية)

ابراهيم /

مصنع الطائرات

| | |
|-------|---|
| اسماء | ۲ |
|-------|---|

[illegible]

المُسْئِلُ عَنْ الْجَانِ
أ/ أَسِيرُف عِيَدِ الْقَوِي

| | | | | |
|--------------------------|---|--------------|---|---------------|
| رئيس قطاع الخدمات الطبية | (| د/محمد ذكي | (| د/مجد العريان |
| دكتور/ عصام محمد رشاد | (| د/جمال مصطفى | (| د/سيد المر |
| دكتور/ عياد عباس | (| د/محمد خالد | (| د/ايمان ناصف |

اجراء رقم ACFQ/E/HSP 74-01 ملحق (3 - 9)
نموذج محضر فحص الدوية نموذج رقم (ن / 74 / 208)

| | | |
|--|----------------------|----------------|
| الهيئة العربية للتصنيع الإدارة العامة للخدمات الطبية إدارة التمويين الطبي مجمع الطائرات الطبي | محضر فحص رقم: ٣٣١ | تاريخ التوريد: |
|--|----------------------|----------------|

| | | | |
|-------------------|-----------------|--------------|------------------|
| اسم المورد : | أمر توريد رقم : | فاتورة رقم : | محضر الفحص رقم : |
| ابن سينا لايفوركس | ٢٠٢١٠١٠٠٦٠٨٧٥ | ٣٣١ | |
| بتاريخ : | بتاريخ : | بتاريخ : | |
| ٢٠٢١ / ٠٥ / ٠٣ | ٢٠٢١ / ٠٥ / ١٨ | | |

| م | رقم الصنف | اسم الصنف ومواصفاته | تاريخ الصلاحية | بونص | الكمية | سعر الوحدة | اجمالي القيمة |
|---|------------|-----------------------------|----------------|------|----------------------|------------|---------------|
| | | | شهر | سنة | | | |
| ١ | ٢٢١٥٠٨٠١٠١ | ستريبتوكين ١ شريط ١٠٠ قرص . | ١ | ٢٠٢٥ | ٣٠ عبوة / شريط ٠ قرص | ٨.٢٥ | ٢٤٧.٥ |

- ١- عقدت لجنة الفحص مجتمعة الشكله بقرار بتاريخ -----
في يوم ----- الموافق
٢- قامت اللجنة بمراجعة الفاتورة على أمر التوريد
٣- قامت اللجنة بفحص الاصناف المدرجة بعاليه ظاهريا والاطلاع على تاريخ الانتاج وتاريخ إنتهاء الصلاحية لجميع الاصناف بنسبة ١٠٠ %
٤- ترى اللجنة أن الاصناف المدرجة بعاليه من جميع الوجوه (مطابق / غير مطابق)
٥- بناء عليه فاللجنة توصي (بقبول / برفض) الاصناف الموردة .

رئيس اللجنة
رئيس المخازن
يعتمد ، مدير عام الخدمات الطبية

| | | |
|---|-------------------------|----------------------------------|
| الهيئة العربية للتصنيع الإدارة العامة للخدمات الطبية إدارة التمويين الطبي مجمع الطائرات الطبية | مستند إضافة رقم: ٣٣١ | تاريخ الإضافة: ٢٠٢١ / ٠٥ / ١٨ |
|---|-------------------------|----------------------------------|

| | |
|------------------|-------------------|
| اسم المورد : | إبن سينا لايفوركس |
| أمر توريد رقم : | ٢٠٢١.١٠٠٦.٨٧٥ |
| فاتورة رقم : | ٣٣١ |
| محضر الفحص رقم : | ٣٣١ |
| بتاريخ : | ٢٠٢١ / ٠٥ / ٠٣ |
| بتاريخ : | ٢٠٢١ / ٠٥ / ١٨ |

| م | رقم الصنف | اسم الصنف ومواصفاته | تاريخ الصلاحية بونص | الكمية | سعر الوحدة | اجمالي القيمة |
|---|-----------|------------------------------|---------------------|--------------------------|------------|---------------|
| ١ | ٢٢١٥٠٨٠١٠ | ستريبتوكين ١ شريط - ١٠ قرص . | ٢٠٢٥ ١ | ٣٠ علبة / ٠ شريط / ٠ قرص | ٨.٢٥ | ٢٤٧.٥ |

فقط مبلغ وقدره: ٢٤٧.٥ فقط مائتان و سبعة و اربعون جنيها وخمسون قرش لاغير

تم استلام الاصناف المدرجة بعاليه وأضيفت في دفتر عهدة المخزن

أمين المخزن : الاسم :----- التوقيع :-----

تم القيد بدفتر مراقبة المخازن

رئيس المخازن : الاسم :----- التوقيع :-----

مراقبة المخازن : الاسم :-----

يعتمد ،،

مدير التمويين الطبي

