

MRN: -----  
Name: -----  
Nationality: -----  
Age: --- Gender: M F  
Physician Name: -----  
Ad. Date: --- Dep.:---

## ADMISSION AND DISCHARGE FORM نموذج الدخول والخروج

Place of Birth:..... مكان الميلاد:		Marital Status:..... الحالة الإجتماعية:	
Occupation:..... المهنة:		Religion:..... الديانة:	
Address:..... العنوان:		Telephone No.:..... رقم الهاتف:	
Relative name:..... أسم أقرب شخص		Pay method: Cash <input type="checkbox"/> Insurance <input type="checkbox"/>	
Source of Referral:		O.P <input type="checkbox"/> العيادات الخارجية    A/E <input type="checkbox"/> الإسعاف والطوارئ    Other Hospital <input type="checkbox"/> محول من مستشفى آخر <input type="checkbox"/> Other آخر .....	
Internal:..... التحويل الداخلي:			
Time of Admission:..... وقت الدخول:		Date of Admission:..... تاريخ الدخول:	
Stable <input type="checkbox"/> مستقرة    Critical <input type="checkbox"/> حرجة    Patient Condition: حالة المريض عند الدخول: ____/____/____ تاريخ الدخول:    رقم سند القبض:    أهلية العلاج:    الأمانات:			
I.C.D. No.: .....		ACHI:..... رمز التصنيف الدولي:	
Provisional Diagnosis:..... التشخيص المبدئي:			
Final Diagnosis:..... التشخيص النهائي:			
Other Diagnosis:..... تشخيصات أخرى:			
Surgical Operation:..... العمليات الجراحية:			
Anesthesia <input type="checkbox"/> التخدير    Other <input type="checkbox"/> آخر .....    Spinal <input type="checkbox"/> نصفي    Local <input type="checkbox"/> موضعي    General <input type="checkbox"/> كلي:			
Time of Discharge..... وقت الخروج:		Date of Discharge ____/____/____ تاريخ الخروج    Length of Stay:..... مدة الإقامة:	
Condition on Discharge: الحالة عند الخروج:    Ref. <input type="checkbox"/> تحويل    Improved <input type="checkbox"/> تحسن    Cured <input type="checkbox"/> شفاء Other <input type="checkbox"/> آخر .....    Dead <input type="checkbox"/> وفاة    AMA <input type="checkbox"/> على مسؤولية المريض			
الطبيب المعالج Attending Physician:..... Stamp&Signature:..... Date:____/____/____			
الاستشاري Consultant:..... Stamp&Signature:..... Date:____/____/____			