**نموذج تنويم مريض**

|  |  |
| --- | --- |
| **بيانات خاصة بالمريض** | |
| **الاسم:** | Camille Hatfield |
| **السن:** | 3122132 |
| **العنوان:** | Aute obcaecati exerc |
| **رقم الهاتف:** | 3122132 |
| **تاريخ الدخول:** | 2023-08-27 |
| **توقيت الدخول:** | 12:00 |
| **التشخيص:** | Unde mollit cupidata |
| **الاجراء الجراحي:** | Facere provident ip |
| **الجهة التابع لها:** | 3122132 |
| **الرقم القومي:** | 3122132 |
| **رقم الغرفة:** | 213123 |
| **بيانات خاصة بالطبيب** | |
| **الطبيب المعالج:** | Quis assumenda ut in |
| **الطبيب المحول:** |  |
| **المستشفى المحول منه:** |  |
| **بيانات خاصة بأقارب المريض من الدرجة الأولى:** | |
| **الاسم:** | Winter Acosta |
| **الصفة:** | Totam ullam cupidita |
| **الرقم القومي:** | 3122132 |
| **رقم الهاتف:** | 3122132 |
| **رقم هاتف اخر:** | 3122132 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3122132  كود المريض | **موافقة مشفوعة بالعلم على اجراء او جراحة**  **Informed consent for procedure or surgery** | |
| **اسم المريض: Camille Hatfield رقم الغرفة: 213123 التاريخ:12:00**  **الطبيب الاستشاري: Quis assumenda ut in كود الطبيب:3122132 تليفون المريض: 3122132** | | |
| انا الموقع ادناه:  □المريض □ ولي الامر □ القريب  (بيان القرابة ................................................)  أوافق على إجراء العملية / الاجراء التالي:  .....................................................................  .....................................................................  ..................................................................... | | I the undersigned:  □ Patient □ Legal guardian □ Relative  (Relationship to patient …………………)  I consent to undergo the following operation or procedure ………………………………..  ……………………………………………...  ……………………………………………... |
| **توضيح الطبيب Doctor’s statement** | | |
| لقد قمت بشرح حالة المريض الصحية وتو توضيح ما يلي:   * شرح العملية او الاجراء. * الاستفادة، المضاعفات الجانبية والمخاطر التي قد تنتج عن العملية. * النتيجة المحتملة من العملية. * البدائل المتوفرة والمضاعفات والمخاطر لتلك البدائل. * المخاطر المحتملة في حالة عدم إجراء العملية. * وقد تم إعطاء المريض الوقت الكافي للاستفسار وطرح الأسئلة وتم الإجابة عليها. | | I have explained:   * The patient’s education. * The nature of the operation or procedure, including other care, treatment or medications. * Potential benefits, risks or side effects of the operation or procedure, including potential problems that might occur during recuperation. * The likelihood of achieving treatment goals. * Reasonable alternatives & the relevant risks, benefits & side effects related to such alternatives, including the possible results of not receiving care or treatment. * I have given the patient / substitute decision maker an opportunity to:   + Ask questions about any of the above matters.   + Raise any other concerns which I have answered as fully as possible |
| **فيما يلي يطبق على العمليات شديدة الخطورة The following Applies to high risk surgery** | | |
| هناك بعض المضاعفات والمخاطر الخاصة بهذا النوع من العمليات والتي تتضمن: ......................................................................  ......................................................................  ......................................................................  ......................................................................  ......................................................................  ...................................................................... | | There are some risks / complications, which may happen specifically with this type of surgery. They include: ……………………  ……………………………………………  ……………………………………………  ……………………………………………  …………………………………………… |

المقر بما فيه الشاهد الطبيب المعالج

Patient Witness Treating physician

Camille Hatfield ........................ Quis assumenda ut in

Procedure report

(To be completed before patient leaves procedure area)

Main responsible physician (MRP): Quis assumenda ut in Assistant: …………….

Anesthesiologist: …………………………… Assistant ……………………….

Category of the procedure:

1- □ Minor □ Intermediate □ Major

2- □ Elective □ Emergency

3- □ Clean □ Clean contaminated □ Contaminated □ Dirty  
Type of anesthesia □ General □Spinal □ Sedation □ Regional □ Local

Registry number of any implantable device: ……………………………….

Pre-procedure diagnosis: …………………………………………………….

Post procedure diagnosis: ……………………………………………………

Procedure name: ………………………………………………………………

Specimen sent for investigation: □ No □ Yes

Biopsy sent for investigation: □ No □ Yes

Specify the nature of the specimen or biopsy if sent for investigations: …………………………………………………………………………………

Intraprocedural complications: □ No □ Yes : Specify ……… ……………………………………………………………………………

Blood loss: □ No □Yes (estimate amount of blood loss ………………)

Blood / Blood products transfused □ No □ Yes

(Estimate amount of blood / blood products transfused ……………………..)

List of procedure steps: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………,,,,…………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………,,,,……………

MRP’s name: Quis assumenda ut in Signature: …….…. Code: 3122132

Date: 2023-08-27 Time: 12:00

Full Procedure steps if possible: ………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…

MRP’s name: Quis assumenda ut in Signature: …….….…….……. Code:3122132 Date: 2023-08-27 Time: 12:00

**Post procedure care plan**

(To be completed before patient leaves procedure area)

General instructions

(Vital Q h, care of the drain & evacuate every h, Urine catheter □ care □ remove. Canula □ care □ Remove, □ Mobilize Patient □ Strict bed rest)

ملاحظة نبض وضغط وحرارة كل ...... ساعة. (تفريغ الدرنقة كل ...... ساعة وتسجيلها). (قسطرة البول □ تسجيل كمية البول □ إزالة القسطرة). (الكانيولا □ ازالتها □ العنابة بها). ( □ راحة تامة للمريض بالسرير □ يحرك المريض بعد الافاقة من التخدير وكمال الوعي.)

Medications: ………………………………………………........................ الوصفات الدوائية

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..............................................................................................................................................…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………….

□ Patient can go home if No complications after ………. Hours

□ يسمح بخروج المريض بعد ........... ساعة, في حالة عدم وجود مضاعفات.

□ Don’t discharge patient until the MRP comes to discharge or telephone order.

□ لا يسمح بخروج المريض حتى يمر عليه الطبيب المعالج او يأمر بخروجه تليفونيا.

MRP’s name: Quis assumenda ut in Signature: …….…. Code: 3122132

Date: 2023-08-27 Time: 12:00

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date** | **Time** | **Progress Notesملاحظات تطور حالة المريض** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

MRP’s name: Quis assumenda ut in Signature: …….…. Code: 3122132

Date: 2023-08-27 Time: 12:00

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| History & Physical examination | | | | | | Patient ID ${National\_ID} | |
| اسم المريض: Camille Hatfield اسم الطبيب المعالج: Quis assumenda ut in.. التاريخ: 2023-08-27 | | | | | | | |
| **Chief complaint** | | |  | | | | |
| **History of present illness** | | | | | | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Family History | | Social History & special habits | |  | |  | | **Systems review** | | | | General |  | | | Skin & Lymph |  | | | Head & ENT |  | | | Cardiac |  | | | Respiratory |  | | | GIT |  | | | Genitourinary |  | | | Musculo-skeletal |  | | | CNS |  | | | Sexual |  | | | Eye problems |  | | | | | | | | | |
| Pain assessment | | | | | | | |
| Does the patient complain of pain □ No □ Yes If Yes, Specify the following | | | | | | | |
| Location | Type | | | Severity | Aggravating Factors | Relieving Factors | Radiation |
|  |  | | |  |  |  |  |
| Past medical history | | | | | | | |
| Major Medical or surgical illnesses  Previous hospital admissions with dates: | | | | | | Current medications:  Known allergies: | |
| Physical examination | | | | | | | | |
| اسم المريض: Camille Hatfield. الطبيب الاستشاري: Quis assumenda ut in التاريخ2023-08-27 | | | | | | | | |
| Vital signs | | | Temp: HR: BP / RR SpO2 % | | | | | |
| General Weight: kg Height: cm BMI  □ Toxic □ distressed □ Cyanosed □Lymphadenopathy | | | | | | | | |
| Chest & CVS: | | | | | | | | |
| Abdominal: | | | | | | | | |
| Pelvis: | | | | | | | | |
| Lower Limbs | | | | | | | | |
| Provisional diagnosis: | | | | | | | | |

Attending physician: ……………………………… MRP: Quis assumenda ut in

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date** | **Time** | **Nurses Notes ملاحظات التمريض** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

الاسم: ...................................................................... التوقيع: ...................................................

**Medical Report**

Name: Camille Hatfield Age: 3122132 ID: 3122132

Date of admission: 2023-08-27 Date of discharge: 12:00

|  |  |
| --- | --- |
| Complaint  شكوى المريض | ……………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………… |
| History  التاريخ المرضي | …………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………….... |
| Examination  الفحص الطبي | ……………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………….. ..................................................................................................................... |
| Investigations  التحاليل والاشعات | ……………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………… |
| Diagnosis  التشخيص | Unde mollit cupidata |
| Treatment  العلاج | ……………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………….......... .............................................................................................................................. ................................................................................................................................ |
| Recommendations  التوصيات الطبية | ……………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………… |
| Date of reevaluation  موعد الاستشارة |  |

Attending physician: ……………………………… MRP: Quis assumenda ut in

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Consultation / Referral request form** | | | |
| To be filled by referring Doctor or his delegate | Patient Name: Camille Hatfield Room No: 213123 Date: 2023-08-27  Consultant Name: Quis assumenda ut in Code: 3122132 Patient Telephone: 3122132 | | |
| To: Consultant Name:  □ Routine □ Urgent □ Emergency  □ For opinion □Treatment □ Take over | | |
| Review details: | | |
| Doctor Name; Quis assumenda ut in | Date: 2023-08-27  Time: 12:00 | |
| Signature: |
| To be filled by Consulted Doctor or his delegate | Consultation report: | | |
| Doctor Name; Quis assumenda ut in | | Date: 2023-08-27  Time: 12:00 |
| Signature: | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3122132  كود المريض | **موافقة مشفوعة بالعلم على التخــــــــــــــــــــــــــــديــر**  **Informed consent for anesthesia** | |
| **اسم المريض: Camille Hatfield رقم الغرفة: 213123 التاريخ:12:00**  **الطبيب الاستشاري: Quis assumenda ut in كود الطبيب: 3122132 تليفون المريض: 3122132** | | |
| انا الموقع ادناه:  □المريض □ ولي الامر □ القريب  (بيان القرابة ................................................)  أوافق على إجراء التخدير :  □ كلي □ نصفي □ موضعي □ عصبي  للاجراء التالي: .................................................  .....................................................................  ...................................................................... | | I the undersigned:  □ Patient □ Legal guardian □ Relative  (Relationship to patient …………………)  I consent to undergo the following anesthesia  □ General □ Spinal □ regional  □ Epidural □ Nerve block  For the following procedures:  ……………………………………………...  ……………………………………………... |
| **توضيح الطبيب Doctor’s statement** | | |
| لقد قمت بشرح حالة المريض الصحية وتو توضيح ما يلي:   * شرح إجراءات التخدير والهدف منها ودرجة خطورتها بواسطة طبيب التخدير. * البدائل المتوفرة والمضاعفات والمخاطر لتلك البدائل. * المخاطر المحتملة في حالة عدم إجراء التخدير. * وقد تم إعطاء المريض الوقت الكافي للاستفسار وطرح الأسئلة وتم الإجابة عليها. | | I have explained:   * The patient’s education. * The nature of the anasthesia. * Potential benefits, risks or side effects of the anasthesia, including potential problems that might occur during recuperation. * Reasonable alternatives & the relevant risks, benefits & side effects related to such alternatives, including the possible results of not receiving care or treatment. * I have given the patient / substitute decision maker an opportunity to:   + Ask questions about any of the above matters.   + Raise any other concerns which I have answered as fully as possible |
| **فيما يلي يطبق على التخدير شديدة الخطورة The following Applies to high risk anesthesia** | | |
| هناك بعض المضاعفات والمخاطر الخاصة بهذا النوع من التخدير والتي تتضمن: ......................................................................  ......................................................................  ......................................................................  ......................................................................  ......................................................................  ...................................................................... | | There are some risks / complications, which may happen specifically with this type of surgery. They include: ……………………  ……………………………………………  ……………………………………………  ……………………………………………  …………………………………………… |

المقر بما فيه الشاهد الطبيب المعالج

Patient Witness Treating physician

Camille Hatfield ........................ Quis assumenda ut in

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3122132  كود المريض | | **موافقة مشفوعة بالعلم على نقل الدم ومشتقاته**  **Informed consent for Blood & blood products transfusion** | | | |
| **اسم المريض: Camille Hatfield رقم الغرفة: 213123 التاريخ:12:00**  **الطبيب الاستشاري: Quis assumenda ut in كود الطبيب: 3122132 تليفون المريض: 3122132** | | | | | |
| انا الموقع ادناه:  □المريض □ ولي الامر □ القريب  (بيان القرابة ................................................)  أوافق على نقل الدم او مشتقاته بالكمية التي تقتضيها الحالة المرضية: | | | I the undersigned:  □ Patient □ Legal guardian □ Relative  (Relationship to patient …………………)  I consent to receive blood & blood products with any amount suitable to the situation: | | |
| **توضيح الطبيب Doctor’s statement** | | | | | |
| لقد قمت بشرح حالة المريض الصحية وتو توضيح ما يلي:   * شرح طريقة نقل الدم والهدف منها ودرجة خطورتها. * البدائل المتوفرة والمضاعفات والمخاطر لتلك البدائل. * المضاعفات والمخاطر المحتملة التي قد تحدث اثناء او بعد إعطاء الدم او أحد مشتقاته. * وقد تم إعطاء المريض الوقت الكافي للاستفسار وطرح الأسئلة وتم الإجابة عليها. | | | I have explained:   * The patient’s education. * The nature of the blood transfusion. * Potential benefits, risks or side effects of the blood transfusion or its products, including potential problems that might occur during recuperation. * Reasonable alternatives & the relevant risks, benefits & side effects related to such alternatives, including the possible results of not receiving Blood or its derivatives. * I have given the patient / substitute decision maker an opportunity to:   + Ask questions about any of the above matters.   + Raise any other concerns which I have answered as fully as possible | | |
| **كارت بنك الدم** | | | **Blood bank card** | | |
| التبرع | | | الصرف | | |
| التاريخ | الكمية | الصرف | التاريخ | الكمية | الصرف |
| .................  .................  .................  .................  .................  .................  .................  .................  .................  .................  ................. | .................  .................  .................  .................  .................  .................  .................  .................  .................  .................  ................. | .................  .................  .................  .................  .................  .................  .................  .................  .................  .................  ................. | .................  .................  .................  .................  .................  .................  .................  .................  .................  .................  ................. | ............................  ............................  ............................  ............................  ............................  ............................  ............................  ............................  ............................  ............................  ............................ | .................  .................  .................  .................  .................  .................  .................  .................  .................  .................  ................. |

المقر بما فيه الشاهد الطبيب المعالج

Patient Witness Treating physician

Camille Hatfield ........................ Quis assumenda ut in

**قائمة تحضير المريض بالقسم قبل اجراء العملية**

**اسم المريض: Camille Hatfield**

**التشخيص:Unde mollit cupidata**

**العملية الجراحية:Facere provident ip**

**تاريخ اجراء العملية** 2023-08-27 : **. الساعة:** 12:00 **تعليم مكان العملية** **□ يمين □ يسار**

**إجراءات التحضير بالقسم:**

**ضع علامة ( √) لما تم عمله:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| ○ | إذا لم يكن المريض صائما. متى تناول اخر وجبة ونوعها | 10 | ○ | التأكد من شخصية المريض وشريط الرسغ | 1 |
| ○ | إتمام الفحوصات – الأشعة – الملاحظات – رسم القلب. | 11 | ○ | حلاقة منطقة الجراحة وتحضير الجلد | 2 |
| ○ | توفير الدم – الفصيلة – كمية الدم | 12 | ○ | تم تحديد موضع الجراحة بالعلامات بواسطة السيد نائب الجراحة | 3 |
| ○ | التأكد من امضاء إقرار الموافقة على الجراحة والتخدير | 13 | ○ | حمام المريض ونظافته | 4 |
| ○ | إعطاء الادوية قبل العملية | 14 | ○ | ارتداء المريض ملابس العمليات | 5 |
| ○ | إتمام استكمال ملف المريض وارساله مع المريض | 15 | ○ | إزالة المجوهرات واطقم الاسنان وخلافه | 6 |
| ○ | اخذ القراءات الحيوية للمريض | 16 | ○ | الاحتفاظ بمتعلقات المريض الشخصية بالقسم | 7 |
| ○ | إعطاء الادوية قبل العملية طبقا لتعليمات الطبيب | 17 | ○ | تبول المريض قبل اجراء العملية | 8 |
| ○ |  |  | ○ | صوم المريض قبل اجراء العملية لمدة: .......... | 9 |
| ○ |  |  | ○ |  |  |

**ممرض القسم الداخلي توقيع الطبيب المسؤول**

**.......................... ............................**

**ملاحظات التمريض اثناء العملية الجراحية Intraoperative nurses record**

**التاريخ: 2023-08-27 رقم الملف الاسم:Camille Hatfield**

**تشخيص ما قبل العملية:Unde mollit cupidata   
العملية:Facere provident ip**

**تشخيص ما بعد العملية:**

**الجراح: Quis assumenda ut in طبيب التخدير:**

**مساعد الجراح: مساعد التخدير:  
بداية التخدير: نهاية التخدير:**

**بداية العملية: نهاية العملية:**

**وضع المريض:** ○  **على ظهره.** ○ **على بطنه** ○ **على الجانب الايسر** ○ **على الجانب الأيمن**

○ **أخرى :**

**مكان الكانيولا او الخط الوريدي: ○ الذراع الأيمن ○ الذراع الايسر**

**طييعة الخط الوريدي:** ○ CVP ○ Swan Ganz ○ Arterial line ○ Others

**تحضيرة إعطاء الدم**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **بعد العملية** | **اثناء العملية** | **بعد العملية** |
|  |  |  |

**حالة الجلد قبل العملية: ...................................................................................................................**

**تركيب قسطرة :** ○ **بالعمليات** ○ **بالقسم الداخلي**

**تركيب درنقة:** ○ **حصيرة** ○ **بورتفاك** ○ **انبوبة صدرية** ○ **اخرى**

**أخذ عينة:** ○ **مزرعة** ○ **تحليل نسيجي** ○ **تحليل نسيجي مجمد** ○ **خلوي**

**ممرض العمليات : ................................................................**

**ممرض الدوار والمناول: ........................................................**

**ساعة الانتهاء: ....................................................................**

**ممرض / فني التخدير: ..........................................................**

**Pathology report**

**اسم المريض: Camille Hatfield**

**رقم الملف: .................................................................................................................................**

**Diagnosis: Unde mollit cupidata**

**Surgical procedure: Facere provident ip**

**تاريخ اجراء العملية: 2023-08-27**

**Operative Note**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Specimens**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**اسم الجراح : Quis assumenda ut in**

****

**Radiology request**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **اسم المريض: Camille Hatfield**  **Patient’s Name: Camille Hatfield** | | | **رقم السجل الطبي: .......................................**  **Medical record number: ...................** | | | | **التاريخ: 2023-08-27**  **Date: 2023-08-27** | |
| **العيادة / الجهة / الدور : .........................**  **Clinic \ Department: .....................** | | | **النوع □ ذكر □ انثى**  **Gender: □ Male □ Female** | | | | **السن 3122132 :**  **Age: 3122132** | |
| **الطبيب المعالج:Quis assumenda ut in**  **Treating physician: Quis assumenda ut in** | | | | | | | | |
| **التشخيص الطبي: Unde mollit cupidata**  **Diagnosis: Unde mollit cupidata** | | | | | | | | |
|  | Knee joint US | 49244 |  | Retrourethrogram | 8 |  | **X-ray** | **Code** |
|  | Trans-cranial US | 49245 |  | Urogram antegrade | 9 |  | Upper extremity | 387 |
|  | **Duplex Doppler US** |  |  | Hystero-Salpingo-gram | 458 |  | Elbow AP/ Lateral | 393 |
|  | Carotid arteries | 324 |  | WP | 459 |  | Forearm AP/ Lateral | 395 |
|  | Veins of both lower limbs | 325 |  | Mammography unilateral | 25 |  | Humerus AP/ Lateral | 398 |
|  | Veins of one lower limb | 326 |  | Mammography both sides | 48874 |  | Shoulder – Neutral | 404 |
|  | Arteries of both lower limbs | 328 |  | **CT** |  |  | Wrist AP/ Lateral | 410 |
|  | Arteries of one lower limb | 329 |  | Pelvis | 242 |  | Wrist AP/ Lat. & OBI | 411 |
|  | Renal veins | 333 |  | Upper extremity | 244 |  | Lower Extremity |  |
|  | Arteries of both upper limbs | 335 |  | Abdomen & pelvis | 263 |  | Ankle AP/ Lateral | 32 |
|  | Arteries of one upper limbs | 336 |  | Abdomen | 215 |  | Foot AP/ Lateral | 39 |
|  | Arteries of both upper limbs | 337 |  | Chest | 236 |  | Hip AP only | 45 |
|  | Arteries of one upper limb | 338 |  | Lower extremity | 240 |  | Hips bilateral w/Pelvis | 47 |
|  | Testicular US | 48821 |  | Elbow joint | 49238 |  | Knee AP/ Lateral | 48 |
|  | **MRI** |  |  | Shoulder joint | 49239 |  | Knee bilateral standing | 54 |
|  | Lumber spine | 291 |  | Wrist joint | 49240 |  | Pelvis AP only | 55 |
|  | Cervical spines | 290 |  | Hip joint | 49241 |  | Leg | 48566 |
|  | Dorsal spines | 295 |  | Cervical spine | 427 |  | **Chest** |  |
|  | Dorsolumber spine | 49246 |  | Facial mandible | 249 |  | Chest PA & lateral | 379 |
|  | Coccyx | 49247 |  | Lumber spine | 250 |  | Chest PA or AP only | 380 |
|  | Pelvis | 274 |  | Nasopharynx | 251 |  | Chest portable | 381 |
|  | Hip joint | 280 |  | Neck soft tissue | 252 |  | Ribs (include PA chest) | 89 |
|  | Knee joint | 281 |  | Orbit | 253 |  | Spine |  |
|  | Shoulder joint | 287 |  | Sinus (full exam) | 257 |  | Cervical AP/ Lateral | 66 |
|  | Elbow joint | 283 |  | Sinus simple | 258 |  | Cervical AP/Lal./ Obl | 67 |
|  | Wrist joint | 288 |  | Temporal bones | 259 |  | Coccyx | 73 |
|  | Ankle joint | 278 |  | Thoracic spine | 260 |  | Lumber Ap/ Lat | 74 |
|  | Abdomen | 264 |  | Brain | 261 |  | Lumber AP/Lat./FI/ Fat | 68 |
|  | Abdomen & pelvis | 49248 |  | Knee joint | 46242 |  | Thoracic AP/ Lateral | 86 |
|  | Chest | 468 |  | Liver triphasic | 48771 |  | **Head & Neck** |  |
|  | Cardiac | 270 |  | Facial bones | 48806 |  | Facial Bones | 11 |
|  | Breast | 49257 |  | Neck | 48652 |  | Mandible | 12 |
|  | Brain | 289 |  | **Ultrasound** |  |  | Mastoid | 13 |
|  | MRA | 492498 |  | Abdomen & pelvis | 213 |  | Nasal bones | 14 |
|  | MRV | 49250 |  | Abdomen | 306 |  | Sinuses AP only | 16 |
|  | MRA + MRV | 49251 |  | Breast bilateral | 308 |  | Skull Ap & Lateral | 18 |
|  | CSF flometry | 49252 |  | Neonatal head | 312 |  | TMJs complete | 23 |
|  | Sella Tersica | 49253 |  | Obstetrics | 313 |  | **Gastrointestinal** |  |
|  | Petrous bones | 49254 |  | Pelvis | 315 |  | Colon, Barium enema | 425 |
|  | MRU | 275 |  | Hips | 317 |  | Barium swallow | 429 |
|  | Leg | 282 |  | Testicular US | 321 |  | Fistulogram | 430 |
|  | Upper limb | 275 |  | Thyroid | 321 |  | KUB | 433 |
|  | MRCP | 49256 |  | Transplant kidney | 323 |  | Sialogram | 436 |
|  | MRU / Urography | 49255 |  | Prostatic US | 319 |  | Ba meal follow through | 439 |
|  | **Other** |  |  | Neck US | 48564 |  | **Urinary** |  |
|  |  |  |  | Shoulder joint US | 49243 |  | Nephrostogram | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Treating Doctor: Quis assumenda ut in Date: 2023-08-27 Time: 12:00**

**Laboratory request**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **اسم المريض: Camille Hatfield**  **Patient’s Name: Camille Hatfield** | | | **رقم السجل الطبي: .......................**  **Medical record numb..............** | | | | **التاريخ: 2023-08-27**  **Date: 2023-08-27** | |
| **العيادة / الجهة / الدور : .........................**  **Clinic \ Department: .....................** | | | **النوع □ ذكر □ انثى**  **Gender: □ Male □ Female** | | | | **السن3122132 :**  **Age: 3122132** | |
| **الطبيب المعالج: Quis assumenda ut in**  **Treating physician: Quis assumenda ut in** | | | | | | | | |
| **التشخيص الطبي: Unde mollit cupidata**  **Diagnosis: Unde mollit cupidata** | | | | | | | | |
|  | Anti DNA | 1321 |  | Acetone in urine | 1364 |  | **Haematology** |  |
|  | ANCA | 48791 |  | **Hormones** |  |  | CBC | 1261 |
|  | Anticardiolipin IgG | 1323 |  | FSH | 1329 |  | BT | 1293 |
|  | Anticardiolipin IgM | 1324 |  | Growth hormone | 48675 |  | CT | 1994 |
|  | Anti Smith | 1317 |  | LH | 1330 |  | Hg % | 1290 |
|  | ASTHMA | 1316 |  | Pregnancy in urine | 1367 |  | TLC | 48674 |
|  | ASOT | 1379 |  | Progesterone P4 | 1331 |  | Platelet count | 48515 |
|  | Bilharzia Abs | 48720 |  | Prolactine | 1333 |  | Blood group | 1340 |
|  | Brucella | 48680 |  | TSH | 1371 |  | RH | 48516 |
|  | CRP | 1378 |  | Free T3 | 1372 |  | Coomb’s Direct | 48517 |
|  | VDRL | 1382 |  | Free T4 | 1373 |  | Coombs indirect | 48518 |
|  | Wide test | 1301 |  | Free T4 index | 48625 |  | PT (INR) | 1295 |
|  | Antiplatelet Ab | 48784 |  | Testosterone total | 1334 |  | PTT | 1298 |
|  | IgG | 48750 |  | Testosterone free | 1335 |  | ESR | 1359 |
|  | IgM | 48751 |  | 17 OH progesterone | 1336 |  | Retics | 1376 |
|  | RF | 1380 |  | Cortisone 9 AM | 1337 |  | D. Dimer | 48604 |
|  | Rose Waller test | 1381 |  | Cortisone 9 PM | 1338 |  | FDP | 48605 |
|  | Anti SCI 70 | 1322 |  | DHEA-S | 1358 |  | **Chemistry** |  |
|  | **Microbiology** |  |  | Estradiol (E2) | 1332 |  | SGOT | 1270 |
|  | Acid fast smear (ZN stain) | 48764 |  | B-HCG (Qualitative) | 1355 |  | SGPT | 1271 |
|  | Blood culture | 48524 |  | B-HCG (Quantitative) | 48676 |  | Alk. Phosphatase | 1272 |
|  | Stool analysis | 1361 |  | HAV Abs (IgG) | 48676 |  | T. bilirubin | 1268 |
|  | Urine analysis | 1398 |  | HCV Ab | 1391 |  | D. bilirubin | 1269 |
|  | Semen analysis | 1369 |  | HAV Abs IgM | 48677 |  | T. Protien | 1341 |
|  | Fungus culture | 48526 |  | Hbc Abs IgG | 48683 |  | Albumen | 1265 |
|  | Urine C/S | 48539 |  | Hbc Abs IgM | 1389 |  | A/G ratio | 48749 |
|  | Sputum C/S | 48548 |  | HBs Abs | 1385 |  | GGT | 48594 |
|  | Helicobacter Pylori | 48777 |  | HBs Ag | 1384 |  | Urea | 1262 |
|  | **Tumor Marker** |  |  | HCV – RNA PCR Qualitative | 48645 |  | Creatinine | 1245 |
|  | AFP | 1308 |  | HCV -RNA PCR Quantitative | 48646 |  | Uric acid | 1264 |
|  | CA 125 | 48837 |  | EBV IgG | 48610 |  | S. Cholesterol | 1281 |
|  | CA 15.3 | 48762 |  | EBV IgM | 48611 |  | Triglycerides | 1280 |
|  | CA 19.9 | 48607 |  | HIV Abs | 48562 |  | HDL cholesterol | 1282 |
|  | Ferritin | 1328 |  | **TORCH screening** |  |  | LDL cholesterol | 1283 |
|  | PSA Total | 48647 |  | CMV IgG | 45615 |  | S. Amylase | 1287 |
|  | PSA free | 48648 |  | CMV IgM | 48660 |  | S. Lipase | 48627 |
|  | CEA | 48606 |  | H. Pylori Abs | 48777 |  | Total Serum Calcium | 1278 |
|  | **Miscellaneous** |  |  | Herpes I IgG | 48833 |  | Ionised calcium | 1288 |
|  | CPK | 1285 |  | Herpes I IgM | 48834 |  | S. Phosphorus | 1279 |
|  | CPK-MB | 1284 |  | Herpes II IgG | 48335 |  | Hb A1c | 1339 |
|  | Treponin | 1350 |  | Herpes II IgM | 48336 |  | Fasting Blood Suger | 1346 |
|  | ABG | 1302 |  | Rubella IgG | 1306 |  | Suger post prandial | 1347 |
|  | VBG | 1302 |  | Toxoplasma IgG | 1304 |  | Random Blood suger | 1348 |
|  | Others |  |  | Toxoplasma IgM | 1305 |  | Potassium | 1275 |
|  |  |  |  | **Immunology** |  |  | Sodium | 1274 |
|  |  |  |  | AMA | 1315 |  | Stone | 48820 |
|  |  |  |  | ANA | 1313 |  | Albumen in urine | 48455 |

**Treating Doctor: Quis assumenda ut in Date: 2023-08-27 Time: 12:00**

**Modified caprine score for VTE risk assessment**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1 point** | **2 points** | **3 points** | **4 points** |
| Age 41 – 60 years | Age: 61 – 74 years | Age: ≥ 75 years | Stroke (1 month) |
| Minor surgery | Arthroscope surgery | History of VTE | Elective arthroplasty |
| BMI > 25 kg/m2 | Major open surgery (> 45 minutes) | Family history of VTE | Hip, Pelvis or leg fracture |
| Swollen legs | Laparoscopic surgery (> 45 minutes) | Factor V Leiden | Acute spinal cord injury (< 1 month) |
| Varicose veins | Malignancy | Prothrombin 20210A |  |
| Sepsis (<1 month) | Confined to bed (>72 hours) | Lupus anticoagulant |  |
| Serious lung disease, including pneumonia (<1 month) | Immobilizing plaster cast | Anticardiolipin antibodies |  |
| Abnormal pulmonary function | Central venous access | Elevated serum homocysteine |  |
| Acute myocardial infarction |  | Heparin induced thrombocytopenia |  |
| Congestive heart failure (< 1 month) |  | Other congenital or acquired thrombophilia |  |
| History of inflammatory bowel disease |  |  |  |
| Medical patient at bed rest |  |  |  |
| Pregnancy or postpartum |  |  |  |
| History of unexplained or recurrent spontaneous abortion |  |  |  |
| Oral contraceptives or hormone replacement | Total score | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Risk Level** | **Recommendation** |
| 0-1 (Very low) | Early & frequent ambulation |
| 2 (Low) | Mechanical prophylaxis (graduated compression stockings) |
| 3-4 (Moderate) | □ Enoxaparin 40 mg q 24 OR.  □ Heparine 5000 units q 12 OR.  □ Graduated compression device. |
| ≥ 5 (High) | □ Enoxaparin 40 mg q 24 OR.  □ Heparine 5000 units q 12.  +  □ Graduated compression device. |

Treating physician sign: ……………………………………………….……….. Date: 2023-08-27

**Blood delivery form**

Age: 3122132 Sex: male Date: 2023-08-27 Department: ……

Diagnosis: Unde mollit cupidata

|  |  |
| --- | --- |
| **Components** | **Amount** |
| ○ Whole blood |  |
| ○ Packed RBCs |  |
| ○ Filtered Packed RBCs |  |
| ○ Irradiated Packed RBCs |  |
| ○ Fresh frozen plasma (FFP) |  |
| ○ Platelet concentrate |  |
| ○ Cryo precipitate |  |
| ○ Irradiated platelets |  |

**Blood group:** ○ A ○ B ○AB ○O

Rh (D- antigen) ○ Positive ○ Negative

Cross matching: ○ Matched

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bag No. | Time of delivery | Bag No. | Time of delivery |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Date of delivery Nurse Blood bank physician

………………. …………………. ……………………..

يتم الاحتفاظ بكيس الدم في ثلاجة بدرجة حرارة 2 – 6 لحين استخدامه ولا يجوز استقبال كيس الدم المرتجع لبنك الدم بعد مرور نصف ساعه على تسليمه للجهة الطالبة للكيس.

الأصل: ببنك الدم

الصورة: بملف المريض

**نموذج مستهلكات مريض بالعمليات**

**اسم المريض: Camille Hatfieldالتاريخ: 2023-08-27الرقم الطبي: ..........اسم الطبيب المعالج: Quis assumenda ut in نوع العملية: Facere provident ip اسم طبيب التخدير: ............. بداية التخدير:. نهاية التخدير: ........**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الصنف** | **العدد** | **السعر** | **الصنف** | **العدد** | **السعر** | **الصنف** | **العدد** | **السعر** | **الصنف** | **العدد** | **السعر** | **الصنف** | **العدد** | **السعر** |
| **ايزوفلورين** |  |  | **رنجر** |  |  | **ممر هوائي** |  |  | **بيسميكر واير** |  |  | **برولين 0 راوند** |  |  |
| **سيفوفلورين** |  |  | **ملح0,9%** |  |  | **ابرة بنج نصفي** |  |  | **تفلون حر** |  |  | **برولين 1 راوند** |  |  |
| **ديبريفان** |  |  | **لاكتات الرنجر** |  |  | **انبوبة رايل** |  |  | **استيل وير 5 م** |  |  | **برولين 0/3 راوند** |  |  |
| **انترافال** |  |  | **جلوكوز 0,5%** |  |  | **لارنجيال ماسك** |  |  | **استيل وير 7 م** |  |  | **برولين 0/4راوند** |  |  |
| **سكسنيل** |  |  | **اكسجين** |  |  | **وصلة حرف Y كبار** |  |  | **صمام** |  |  | **برولين 0/5 راوند** |  |  |
| **تراكيم** |  |  | **فرش جراحي معقم** |  |  | **وصلة حرف Y صغار** |  |  | **برطمان شفط** |  |  | **برولين 0 قاطع** |  |  |
| **بروستجمين** |  |  | **جاون طبيب معقم** |  |  | **قسطرة نيلتون** |  |  | **انبوبة صدرية** |  |  | **برولين 1 قاطع** |  |  |
| **ازميرون** |  |  | **مفرش سرير** |  |  | **قسطرة CVP** |  |  | **كانيولا فيتس** |  |  | **برولين 0/2 قاطع** |  |  |
| **هيفي ماركين** |  |  | **جاونتي معقم** |  |  | **مسطرة CVP** |  |  | **كانيولا شريانية** |  |  | **برولين 0/3 قاطع** |  |  |
| **ماركين** |  |  | **مشرط جراحي** |  |  | **مجموعة ابيديورال** |  |  | **كانيولا اورطى** |  |  | **برولين 0/4 قاطع** |  |  |
| **زيلوكين** |  |  | **يد دياثيرمي** |  |  | **انبوبة حنجرية** |  |  | **كارديوبليجيا بروح** |  |  | **برولين 0/5 قاطع** |  |  |
| **اتروبين** |  |  | **عازل دياثيرمي** |  |  | **فلتر بكتيري** |  |  | **كارديوبليجيا بروحين** |  |  | **برولين 0/6 قاطع** |  |  |
| **افدرين** |  |  | **خرطوم شفاط** |  |  | **قسطرة فولي** |  |  | **خرامة اورطى** |  |  | **برولين 0/3 ابرتين** |  |  |
| **افيل** |  |  | **بلاستر** |  |  | **قسطرة سيليكون** |  |  | **كانيولا فينت** |  |  | **برولين 0/4 ابرتين** |  |  |
| **ديكساميثازون** |  |  | **استيريباد** |  |  | **كيس جمع بول** |  |  | **كلبس قلب** |  |  | **برولين 0/5 ابرتين** |  |  |
| **ادرينال** |  |  | **دباسة جلد** |  |  | **وصلة غسيل** |  |  | **استيكر ماكينة قلب** |  |  | **برولين 0/6 ابرتين** |  |  |
| **سوليوكورتيف** |  |  | **جوانتي لاتكس** |  |  | **دورمياه** |  |  | **كانيولا دش معدني** |  |  | **برولين 0/7 ابرتين** |  |  |
| **فولتارين** |  |  | **بورتوفاك** |  |  | **موسعات خالب** |  |  | **فرش قلب** |  |  | **برولين 0/8 ابرتين** |  |  |
| **اوكسميت** |  |  | **جل KY** |  |  | **موسعات كلى** |  |  | **مؤكسد غشائي** |  |  | **حرير 0 قاطع** |  |  |
| **صوديوم بيكاربونات** |  |  | **رباط شاش** |  |  | **قسطرة حالب** |  |  | **كانيولا فنس دبل** |  |  | **حرير 1 قاطع** |  |  |
| **بوتاسيوم كلوريد** |  |  | **رباط ضاغط** |  |  | **ابرة بنشر** |  |  | **انبوبة ACT** |  |  | **حرير 0/2 قاطع** |  |  |
| **دايسينون** |  |  | **كانيولا** |  |  | **جايد وير مستقيم** |  |  | **منشار جيجلي** |  |  | **حرير 0/3 قاطع** |  |  |
| **كابرون** |  |  | **جهاز وريد** |  |  | **جايد وير منحني** |  |  | **كلبس سره** |  |  | **حرير 0 راوند** |  |  |
| **سنتيسينون 5وحدات** |  |  | **سرنجة 60 سس** |  |  | **دبل جي** |  |  | **اسورة أطفال** |  |  | **حرير 1 راوند** |  |  |
| **ميثيرجين** |  |  | **سرنجة 50 سس** |  |  | **جراب كاميرا** |  |  | **شرائط سكر** |  |  | **حرير 0/2 راوند** |  |  |
| **كوناكيون** |  |  | **سرنجة 20 سس** |  |  | **كلبس مرارة** |  |  | **شكاكة** |  |  | **حرير 0/3 راوند** |  |  |
| **برمبران** |  |  | **سرنجة 10 سس** |  |  | **صوف باند** |  |  | **ماكنتوش** |  |  | **فايكريل 0 راوند** |  |  |
| **امينوفللين** |  |  | **سرنجة 5 سس** |  |  | **جيبسونا** |  |  | **شاش معقم** |  |  | **فايكريل 1راوند** |  |  |
| **كوردارون** |  |  | **سرنجة 3 سس** |  |  | **جيل فون** |  |  | **فوط بطن** |  |  | **فايكريل 2 راوند** |  |  |
| **كالسيوم جلوكونيت** |  |  | **سرنجة 1 سس** |  |  | **حشو انف** |  |  | **دريسنج** |  |  | **فيكريل 0/2 قاطع** |  |  |
| **لازكس** |  |  | **وصلة ثلاثية** |  |  | **حاجز انفي** |  |  | **شاش بعلامة** |  |  | **فيكريل 0/3 قاطع** |  |  |
| **اندرال** |  |  | **وصلة وريدية** |  |  | **انبوبة شق حنجري** |  |  | **بامبرز** |  |  | **فيكريل 0/4 قاطع** |  |  |
| **ديبوتريكس** |  |  | **وصلة شريانية** |  |  | **انبوبة تهوية** |  |  | **كوب عينة** |  |  | **فيكريل 0/5 قاطع** |  |  |
| **دوبامين** |  |  | **دوم** |  |  | **مشرط رمد** |  |  | **مبولة** |  |  | **فيكريل 0 قاطع** |  |  |
| **نورادرينالين** |  |  | **جهاز نقل دم** |  |  | **غطاء عين** |  |  | **مسحة مزرعة** |  |  | **فيكريل 1قاطع** |  |  |
| **سلفات الماغنيسيوم** |  |  | **جهاز وريد** |  |  | **سيلزون رمد** |  |  | **اوفر هيد حريمي** |  |  | **فيكريل 2 قاطع** |  |  |
| **برفلجان** |  |  | **جهاز سالوسيت** |  |  | **عدسة رمد** |  |  | **اوفر هيد رجالي** |  |  | **فيكريل ./6 قاطع** |  |  |
| **ايزوبتين** |  |  | **ماسك تخدير شفاف** |  |  | **اوبست** |  |  | **ماسك طبيب** |  |  | **شبكة برولين 6x11** |  |  |
| **المخدرات** |  |  | **ماسك اكسجين كبار** |  |  | **سكينة تجميل** |  |  | **بون واكس** |  |  | **شبكة برولين 15x15** |  |  |
|  |  |  | **ماسك اكسجين صغار** |  |  | **شريان صناعي** |  |  | **سير جبسيل** |  |  | **شبكة برولين 20x20** |  |  |
|  |  |  | **وصلة تخدير بباج** |  |  | **قسطرة فوجرتي** |  |  | **ايثبو باكت** |  |  | **كحول** |  |  |
|  |  |  | **بيتادين 10 %** |  |  | **قسطرة هيكمان** |  |  | **شاش فزلين** |  |  | **استريليم** |  |  |
|  |  |  | **بيتادين 7.5 %** |  |  | **قسطرة ماهوكر** |  |  | **استري ستريبس** |  |  | **الكيماويات** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Treating physician sign: ……………………………………………….……….. Date: 2023-08-27

ملاحظات التقدم الاكلينيكي للطبيب Physician Progress Notes

تاريخ الدخول: ${date} التشخيص: Unde mollit cupidata

|  |  |
| --- | --- |
| 2023-08-27 12:00 | Date & Time |
| General Condition:  □ Stable □ Unstable □ Stable but in danger or deterioration | Patient Situation |
| Relevant present medical history: …………………………………. ………………….……………………………………………………  Relevant medication: ………………………………………………..  ……………………………………………………………………….  New Complaint: …………………………………………………….. ………………………………………………………………………. | Back group |
| Case progress:  Vital signs: □ Stable □ unstable Comment:  Relevant clinical findings:…………………………………………..  ……………………………………………………………………… ………………………………………………………………………  Significant results of investigations: ……………………………….  ……………………………………………………………………… ………………………………………………………………………  Diagnosis: Unde mollit cupidata | Assessment |
| Plan of care: □ Same plan □ Need to be changed:  If need to be changed reason : ……………………………………… ………………………………………………………………………. ……………………………………………………………………….. | Recommendation (Investigations, consultations, follow up) |
| Physician Name & signature : ……………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………… | |
| Consultant name & signature: ……………………………  Date: 2023-08-27 Time: 12:00 | |
| Endorsing physician name & signature: ………………..  Date: 2023-08-27 Time: 12:00  Receiving physician Name & signature: ………………..  Date: 2023-08-27 Time: 12:00 | |