**نموذج تنويم مريض**

|  |  |
| --- | --- |
| **بيانات خاصة بالمريض** | |
| **الاسم:** | asd |
| **السن:** | 231 |
| **العنوان:** | asd |
| **رقم الهاتف:** | 123 |
| **تاريخ الدخول:** | 2023-08-02 |
| **توقيت الدخول:** | 12:00 |
| **التشخيص:** | asd |
| **الاجراء الجراحي:** | asd |
| **الجهة التابع لها:** | sd |
| **الرقم القومي:** | 123 |
| **رقم الغرفة:** | 123 |
| **بيانات خاصة بالطبيب** | |
| **الطبيب المعالج:** | asd |
| **الطبيب المحول:** |  |
| **المستشفى المحول منه:** |  |
| **بيانات خاصة بأقارب المريض من الدرجة الأولى:** | |
| **الاسم:** | asd |
| **الصفة:** | asd |
| **الرقم القومي:** | 13 |
| **رقم الهاتف:** | 123 |
| **رقم هاتف اخر:** | 123 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 123  كود المريض | **موافقة مشفوعة بالعلم على اجراء او جراحة**  **Informed consent for procedure or surgery** | |
| **اسم المريض: asd رقم الغرفة: 123 التاريخ:12:00**  **الطبيب الاستشاري: asd كود الطبيب:123 تليفون المريض: 123** | | |
| 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

asd ........................ asd

Procedure report

(To be completed before patient leaves procedure area)

Main responsible physician (MRP): asd 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: asd Signature: …….…. Code: 123

Date: 2023-08-02 Time: 12:00

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MRP’s name: asd Signature: …….….…….……. Code:123 Date: 2023-08-02 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: asd Signature: …….…. Code: 123

Date: 2023-08-02 Time: 12:00

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

MRP’s name: asd Signature: …….…. Code: 123

Date: 2023-08-02 Time: 12:00

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| History & Physical examination | | | | | | Patient ID ${National\_ID} | |
| اسم المريض: asd اسم الطبيب المعالج: asd.. التاريخ: 2023-08-02 | | | | | | | |
| **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: asd. الطبيب الاستشاري: asd التاريخ2023-08-02 | | | | | | | | |
| 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: asd

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

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

**Medical Report**

Name: asd Age: 231 ID: 123

Date of admission: 2023-08-02 Date of discharge: 12:00

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

Attending physician: ……………………………… MRP: asd

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Consultation / Referral request form** | | | |
| To be filled by referring Doctor or his delegate | Patient Name: asd Room No: 123 Date: 2023-08-02  Consultant Name: asd Code: 123 Patient Telephone: 123 | | |
| To: Consultant Name:  □ Routine □ Urgent □ Emergency  □ For opinion □Treatment □ Take over | | |
| Review details: | | |
| Doctor Name; asd | Date: 2023-08-02  Time: 12:00 | |
| Signature: |
| To be filled by Consulted Doctor or his delegate | Consultation report: | | |
| Doctor Name; asd | | Date: 2023-08-02  Time: 12:00 |
| Signature: | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 123  كود المريض | **موافقة مشفوعة بالعلم على التخــــــــــــــــــــــــــــديــر**  **Informed consent for anesthesia** | |
| **اسم المريض: asd رقم الغرفة: 123 التاريخ:12:00**  **الطبيب الاستشاري: asd كود الطبيب: 123 تليفون المريض: 123** | | |
| 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

asd ........................ asd

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 123  كود المريض | | **موافقة مشفوعة بالعلم على نقل الدم ومشتقاته**  **Informed consent for Blood & blood products transfusion** | | | |
| **اسم المريض: asd رقم الغرفة: 123 التاريخ:12:00**  **الطبيب الاستشاري: asd كود الطبيب: 123 تليفون المريض: 123** | | | | | |
| 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

asd ........................ asd

**قائمة تحضير المريض بالقسم قبل اجراء العملية**

**اسم المريض: asd**

**التشخيص:asd**

**العملية الجراحية:asd**

**تاريخ اجراء العملية** 2023-08-02 : **. 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: 2023-08-02 رقم الملف الاسم:asd**

**تشخيص ما قبل العملية:asd   
العملية:asd**

**تشخيص ما بعد العملية:**

**الجراح: asd 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: asd**

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

**Diagnosis: asd**

**Surgical procedure: asd**

**تاريخ اجراء العملية: 2023-08-02**

**Operative Note**

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

**Specimens**

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

**اسم الجراح : asd**

****

**Radiology request**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **اسم المريض: asd**  **Patient’s Name: asd** | | | **رقم السجل الطبي: .......................................**  **Medical record number: ...................** | | | | **التاريخ: 2023-08-02**  **Date: 2023-08-02** | |
| **العيادة / الجهة / الدور : .........................**  **Clinic \ Department: .....................** | | | **النوع □ ذكر □ انثى**  **Gender: □ Male □ Female** | | | | **السن 231 :**  **Age: 231** | |
| **الطبيب المعالج:asd**  **Treating physician: asd** | | | | | | | | |
| **التشخيص الطبي: asd**  **Diagnosis: asd** | | | | | | | | |
|  | 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: asd Date: 2023-08-02 Time: 12:00**

**Laboratory request**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **اسم المريض: asd**  **Patient’s Name: asd** | | | **رقم السجل الطبي: .......................**  **Medical record numb..............** | | | | **التاريخ: 2023-08-02**  **Date: 2023-08-02** | |
| **العيادة / الجهة / الدور : .........................**  **Clinic \ Department: .....................** | | | **النوع □ ذكر □ انثى**  **Gender: □ Male □ Female** | | | | **السن231 :**  **Age: 231** | |
| **الطبيب المعالج: asd**  **Treating physician: asd** | | | | | | | | |
| **التشخيص الطبي: asd**  **Diagnosis: asd** | | | | | | | | |
|  | 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: asd Date: 2023-08-02 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: 2023-08-02

**Blood delivery form**

Age: 231 Sex: male Date: 2023-08-02 Department: ……

Diagnosis: asd

|  |  |
| --- | --- |
| **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: asdالتاريخ: 2023-08-02الرقم الطبي: ..........اسم الطبيب المعالج: asd نوع العملية: asd 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: 2023-08-02

ملاحظات التقدم الاكلينيكي للطبيب Physician Progress Notes

تاريخ الدخول: ${date} التشخيص: asd

|  |  |
| --- | --- |
| 2023-08-02 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: asd | 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: 2023-08-02 Time: 12:00 | |
| Endorsing physician name & signature: ………………..  Date: 2023-08-02 Time: 12:00  Receiving physician Name & signature: ………………..  Date: 2023-08-02 Time: 12:00 | |