**הפניה**

תאריך הדפסה: {printingTime}

לכבוד: {referTo}ן

שם המטופל: {name} מספר זהות: {id} קופת חולים:{hm} \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

כתובת: {address} טלפון: {phone} גיל: {age}

תאריך טיפול: {trtmentDate}

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| {#triageTest}סימנים חיוניים: | דופק: {pulse} | לחץ דם: {bp} | חום: {temp} | סטורציה: {satu} | נשימות/דקה: {breadth}{/triageTest} |

תלונה עיקרית: {maincomplaint}

מחלה נוכחית: {currentDisease}

מחלות רקע:{medicalHistory}

אלרגיות: {allergies}

הערכה וטיפול:{course}

אבחנות:{diagonsis}

המשך מעקב בקהילה:{drFollowUp}

טיפול:{treatment}

פניה למיון במקרים הבאים:{goToERIf}

בכבוד רב,

ד"ר {drName}