

Date / التاريخ: _____

Time / الوقت: _____

Form No. / رقم النموذج: _____

نموذج تحويل مريض

Patient Transfer Form

إلى مستوى رعاية أعلى | To Higher Level of Care

1. FACILITY INFORMATION | معلومات المنشأة

Referring Facility (Polyclinic):

اسم المنشأة المحولة (المجمع)

Receiving Hospital:

المستشفى المستقبل

2. PATIENT IDENTIFICATION | بيانات المريض

Patient Name / اسم المريض: _____

Medical Record Number (MRN) / رقم الملف الطبي: _____

National ID / Iqama / الإقامة / رقم الهوية: _____

Date of Birth / تاريخ الميلاد: ____/____/____

Gender / الجنس: ☐ Male ذكر ☐ Female أنثى

3. CLINICAL INFORMATION | المعلومات السريرية

Chief Complaint / الشكوى الرئيسية:

Provisional Diagnosis / التشخيص المبدئي:

Vital Signs / العلامات الحيوية:

B P : _____ HR: _____ RR: _____ Temp: _____ SpO₂ : _____

Allergies / الحساسية: _____

Medical History / التاريخ المرضي:

4. REASON FOR TRANSFER | سبب التحويل

☐ Need for higher level of care / الحاجة إلى مستوى رعاية أعلى

☐ Specialized consultation / استشارة تخصصية

☐ Diagnostic services unavailable / عدم توفر خدمات تشخيصية

☐ Emergency condition / حالة طارئة

☐ Other (specify) / أخرى (يرجى التحديد): _____

5. TREATMENT GIVEN BEFORE TRANSFER | العلاج قبل التحويل

Medications given / الأدوية المعطاة:

Procedures done / الإجراءات التي تمت:

Patient response / استجابة المريض:

6. PATIENT CONDITION AT TRANSFER | حالة المريض عند التحويل

Condition / الحالة:

☐ Stable مستقر ☐ Unstable غير مستقر ☐ Critical حرج

Airway / مجرى الهواء: ☐ Patent طبيعي ☐ Compromised غير مستقر

Breathing / التنفس: ☐ Normal طبيعي ☐ Compromised غير مستقر

Circulation / الدورة الدموية: ☐ Stable مستقرة ☐ Unstable غير مستقرة

7. MODE OF TRANSFER | وسيلة النقل

Mode / وسيلة النقل:

☐ Ambulance إسعاف ☐ Private Car (غير طارئة) سيارة خاصة

Ambulance Level / مستوى الإسعاف:

☐ BLS ☐ ACLS

Accompanied by / المرافق:

☐ Nurse ممرض ☐ Physician طبيب ☐ Paramedic مسعف

Equipment during transfer / الأجهزة أثناء النقل:

☐ Oxygen أكسجين ☐ Monitor جهاز مراقبة ☐ IV Line محلول وريدي

☐ Other أخرى: _____

8. COMMUNICATION & HANDOVER | التواصل وتسليم الحالة

Receiving Physician Contacted? / هل تم التواصل مع الطبيب المستقبل؟

☐ Yes نعم ☐ No لا

Name / الاسم: _____ Time / الوقت: _____

Summary Given / ملخص الحالة المرسل:

9. PATIENT/GUARDIAN CONSENT FOR TRANSFER | موافقة المريض/ولي الأمر على التحويل

أوافق على تحويل المريض إلى المستشفى المذكور أعلاه، وقد تم شرح سبب التحويل والحالة الصحية والمخاطر المحتملة، وأهم ذلك

I agree to the transfer to the above-mentioned hospital. The reason, condition, and potential risks have been explained to me, and I understand them.

Patient / Guardian Name / اسم المريض أو ولي الأمر: _____

Relationship / صلة القرابة: _____

Signature / التوقيع: _____ Date / التاريخ: ____/____/____

10. PHYSICIAN AUTHORIZATION | اعتماد الطبيب

Referring Physician Name / اسم الطبيب المحول: _____

Signature / التوقيع: _____

Date / التاريخ: _____

11. HANDOVER CONFIRMATION (RECEIVING FACILITY) | تأكيد استلام الحالة (المستشفى المستقبل)

Received by / تم الاستلام بواسطة: _____ Designation / الوظيفة: _____

Signature / التوقيع: _____ Date / التاريخ: ____/____/____ Time / الوقت: _____