

النماذج

أولاً: نماذج تنظيم تقديم الرعاية الصحية للطلاب ومنسوبي الجامعة وذويهم ممن لهم أهلية العلاج
بالمركز الطبي الجامعي وضمان العدالة.

١. نموذج استمارة البيانات الشخصية



رؤية
2030
المملكة العربية السعودية
KINGDOM OF SAUDI ARABIA

المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم
جامعة أم القرى



المركز الطبي الجامعي
UNIVERSITY MEDICAL CENTER



رقم الملف الطبي: _____
رقم الملف: _____
نوع الملف: دائم مؤقت

" استمارة البيانات الشخصية "
Personality Information

<input type="checkbox"/> تحديث البيانات الشخصية	<input type="checkbox"/> إضافة	<input type="checkbox"/> فتح ملف	الطلب
<input type="checkbox"/> متقاعد	<input type="checkbox"/> طالب	<input type="checkbox"/> عضو هيئة تدريس	الحالة
<input type="checkbox"/> سنوي	<input type="checkbox"/> فصلي	<input type="checkbox"/> متعاقد	

Patient Data		بيانات المراجع	
University ID		رقم المنسوب	
National ID		رقم الهوية	
Name		الاسم الرباعي	
Marital Status		الحالة الاجتماعية	
Nationality		الجنسية	
Sex		الجنس	
Date of Birth		تاريخ الميلاد	
Mobile No.		رقم الجوال	
E-mail		البريد الإلكتروني	

Relatives Data				بيانات المرافقين			
Name	Relatio nship	Date of Birth	National ID	رقم الهوية	تاريخ الميلاد	صلة القرابة	الاسم

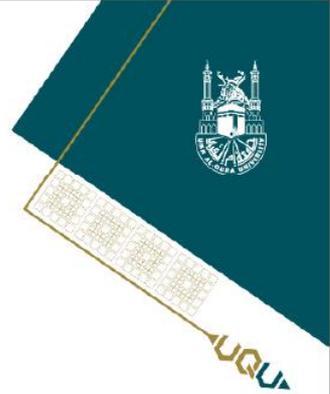
نرجو إرفاق: صورة من بطاقة الجامعة صورة من الهوية الوطنية صورة من بطاقة العائلة صورة من الإقامة
 صورة من جواز السفر صورة من العقد إفادة من الجامعة أخرى

اسم منسق/ة البيانات: _____ التوقيع: _____ التاريخ: _____

٢. نموذج إقرار عام بقبول العلاج والإجراءات التشخيصية (عربي)

رؤية
2030
المملكة العربية السعودية
KINGDOM OF SAUDI ARABIA

المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم
جامعة أم القرى



الاسم:

رقم الملف الطبي:

العمر:

الجنسية:

" إقرار عام بقبول العلاج و الإجراءات التشخيصية "

أقرنا الموقع أدناه بالموافقة على العلاج في المركز، كما أقر بقبول كافة الخدمات والإجراءات التشخيصية والعلاجية التي تتطلبها حالتي الصحية ووضع الخطة العلاجية، الرعاية الصحية الروتينية وعلاج الأسنان.

- إنني على دراية بأن تلك الخدمات ستقدم لي من قبل أطباء، أطباء الأسنان، ممرضات، مساعدي الأطباء وآخرين من الكادر الطبي، ولا أمانع أن يشارك بعض المتدربين من أعضاء الطاقم الطبي في رعايتي تحت إشراف متخصصين.
- أعلم بأن موافقتي تقع ضمن إطار الموافقة العامة للخدمات والتي تتضمن الإجراءات والعلاجات الروتينية مثل سحب عينة دم، الفحص السريري، إعطاء الأدوية، التصوير X-RAY، التخدير الموضعي وأية إجراءات أخرى غير مصنفة في قائمة الإجراءات الدخيلة (Invasive procedures).
- أعلم أن بعض الإجراءات التشخيصية أو العلاجية الأخرى قد تتطلب إقرارات خاصة بها.
- أنه من المعلوم لدي أن نتائج العلاجات الطبية والجراحية لا يمكن تقديرها مسبقاً بشكل دقيق، ولكن المركز والطاقم الطبي المعالج سيقدم لي أفضل الخدمات الطبية المتاحة.
- لا مانع لدي أن تستعمل قاعدة بياناتي الطبية في دراسات وأبحاث طبية إذا لزم الأمر، مع المحافظة على السرية التامة والخصوصية وعدم الكشف عن هويتي.
- أقر بمسؤوليتي التامة على ممتلكاتي الشخصية بما فيها النظارات اجهزة السمع و تركيبات الاسنان المجوهرات الاموال وغيرها من المقتنيات الثمينة.
- لقد تسلمت نسخة من وثيقة حقوق ومسؤوليات المرضى.

التوقيع:

التاريخ:

المترجم

الشاهد

أو نائب المريض

صلة القرابة:

الاسم:

الاسم:

الاسم:

التوقيع:

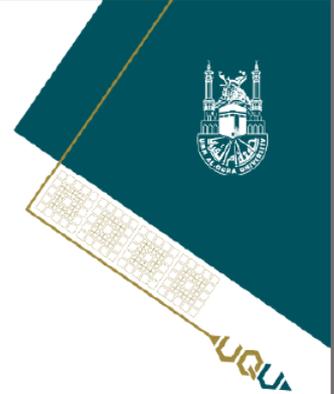
التوقيع:

التوقيع:

التاريخ: / /

التاريخ: / /

التاريخ: / /



Pt. Name:

File No.:

Age:

Nationality:

" GENERAL CONSENT FOR TREATMENT "

I am asking for medical care and treatment at this facility, and agree to accept services which may diagnose my medical condition, procedures to treat my condition and routine dental and medical care.

- I understand that these services will be provided to me by physicians, Nurses, dentists, midwives, physician assistants and other health care providers.
- I understand that some of my physicians, nurses and other health care providers may be trainees, under the supervision of appropriate personnel, and may participate in my treatment, and I consent to such involvement in my care.
- I understand that my agreement to accept these services is called a General Consent and that it includes any routine procedure (s) or treatment (s) such as blood drawing, physical examination, administration of medication (s), taking x-rays, use of local anesthesia, and other non-invasive procedures.
- I do acknowledge that different declarations may be needed for some specific diagnostic and surgical procedures.
- I further acknowledge, that results of medical treatments surgical procedures may not be adequately predicted. But the center and attending medical staff will provide me with the best medical care available.
- I am grant permission for any medical data to be for clinical research, if needed, with the understanding that my identity shall remain confidential and privacy respected.
- I assume full responsibility for all m items of personal property including but not limited to eyeglasses, hearing aids, dentures, jewelry, money and all other valuables.
- I have received a copy of UMC patient rights and responsibilities.

Signature of Patient: Date:

RELATIVE OF PATIENT

WITNESS

TRANSLATOR

Relation:

Name:

Name:

Name:

Signature:

Signature:

Signature:

Date: \ \

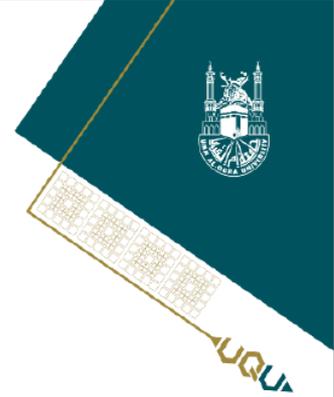
Date: \ \

Date: \ \

KINGDOM OF SAUDI ARABIA UMM ALQURA UNIVERSITY	المملكة العربية السعودية جامعة أم القرى	رقم الملف الطبي: MR #:
UMM ALQURA UNIVERSITY MEDICAL CENTER المركز الطبي الجامعي 	الاسم: NAME: الجنس: SEX: الجنسية: NATIONALITY: تاريخ الميلاد: D.O.B:	
نموذج موافقة على إجراء طبي CONSENT OF MINOR PROCEDURE		
<p>1. I, the undersigned _____ hereby authorized university medical center on my behalf or on behalf of the patient name _____</p> <p>2. Dr. _____ has discussed with me in detail the following :</p> <p>a) The nature of procedure: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> No Type of procedure: _____</p> <p>Procedure site : <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> left <input type="checkbox"/> not applicable</p> <p>b) Benefit of procedure: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> No Intended benefit: _____</p> <p>c) Risk of Procedure: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>3. This procedure will involve <u>LOCAL ANESTHESIA</u>.</p> <p>4. In the event that the above mentioned surgery involves the removal of or disposition of dismembered tissue , I hereby authorize the center to dispose it off or to send for histopathology according to physician decision.</p> <p>5. I knowledge that my signature on this form signifies that I am in agreements checked as yes. Patient or relative sign: _____ Signature : _____ Date: _____</p>	<p>١. أقر أنا الموقع أدناه بالأصالة عن نفسي أو نيابة عن المريض _____</p> <p>٢. أن الطبيب _____ قام بمناقشة التالي على نحو مفصل: (أ) طبيعة الإجراء الطبي: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا نوع الإجراء: _____</p> <p>مكان الإجراء الطبي: <input type="checkbox"/> يمين <input type="checkbox"/> يسار <input type="checkbox"/> غير مطابق</p> <p>(ب) فوائد الإجراء الطبي: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا الفوائد المرجوة: _____</p> <p>(ج) الآثار الجانبية للإجراء الجراحي: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>٣. ستتضمن هذه العملية إجراء <u>تخدير موضعي</u>.</p> <p>٤. في حالة أن العملية المشار إليها أدت الى استئصال أنسجة فاني أفوض المركز للتخلص مما تم استئصاله أو إرساله الى القسم المختص لتحليل الأنسجة إذا قرر الطبيب الحاجة الى ذلك.</p> <p>٥. أقر أن توقيعى على هذه الاستمارة يعنى أنني موافق على كل ما فيها. اسم المريض أو من ينوب عنه: _____ التوقيع: _____ التاريخ: _____</p>	
<p>6. Doctor Signature : _____ Date: _____ Witness : _____ Date: _____</p>	<p>٦. توقيع الطبيب : _____ التاريخ: _____ توقيع الشاهد: _____ التاريخ: _____</p>	

٦. نموذج طلب تركيب اللولب النسائي

KINGDOM OF SAUDI ARABIA UMM ALQURA UNIVERSITY	المملكة العربية السعودية جامعة أم القرى	رقم الملف الطبي: MR #:
UMM ALQURA UNIVERSITY MEDICAL CENTER المركز الطبي الجامعي 	الاسم: NAME: الجنس: SEX: الجنسية: NATIONALITY: تاريخ الميلاد: D.O.B:	
IUCD Insertion Consent Form نموذج طلب تركيب اللولب النسائي		
<p>I request a (circle one):</p> <p><input type="checkbox"/> NOVA-T IUCD</p> <p><input type="checkbox"/> Mirena IUCD</p> <p>I understand the following:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ The NOVA-T IUCD protect against pregnancy for 5-9years .The Mirena IUCD protects against pregnancy for 4-5years. ▪ The possible risks of IUD placement include infection, bleeding, allergic reaction, perforation of the uterus, and expulsion (falling out) of the IUD. ▪ I may have irregular bleeding and cramping for the first 3 months after the IUD is inserted. ▪ With The NOVA-T IUCD my periods may get heavier or last longer. ▪ With the Mirena, IUDs my periods may get lighter or temporary disappear. ▪ Pregnancy can occur even when the IUCD is properly placed. ▪ The reasonable alternative(s) to the procedure(s) have been explained to me with its risk. 	<p>ارغب بتركيب اللولب:</p> <p>NOVA-T IUCD النحاسي <input type="checkbox"/></p> <p>Mirena IUCD الهرموني <input type="checkbox"/></p> <p>لقد تم شرح النقاط التالية لي واستوعبتها :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ مدة صلاحية عمل اللولب الهرموني ٤-٥ سنوات بينما صلاحية اللولب النحاسي ٥-٩ سنوات. ▪ الاعراض الجانبية والمضاعفات التي قد لا قدر الله تصاحب تركيب اللولب هي (الالتهابات المهبيلة ، غزارة الدورة او عدم انتظامها، التحسس من مادة اللولب ، اختراق اللولب لجدار الرحم ، سقوط اللولب) ، ▪ قد يؤدي اللولب الى عدم انتظام في الدورة الشهرية وبعض التقلصات بالبطن خصوصا في الاشهر الاولى من تركيب اللولب. ▪ اللولب الهرموني قد يجعل الدورة الشهرية خفيفة جدا او قد يسبب انقطاع مؤقت للدورة الشهرية . ▪ مع اللولب النحاسي الدورة قد تكون غزيرة او طويلة. ▪ احتمال الحمل على اللولب وارد حتى وان كان في مكانه الصحيح. ▪ تم شرح وسائل منع الحمل البديلة لي من قبل الطبيب مع فوائدها واضرارها. 	
Patient's Signature: Doctor's Name & Signature: Date:	توقيع المريضة : اسم وتوقيع الطبيب: التاريخ:	



" طلب تقرير طبي "

حفظه الله
وبعد:

سعادة المدير الطبي بالمركز الطبي الجامعي
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

أتقدم بطلبي هذا وفيه أرجو من سعادتكم الموافقة على اعطائي تقرير عن حالة:

برقم ملف: _____ والتي راجعت عيادته:

_____ وذلك لتقديمه لـ

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام والتقدير،،،

مقدمه

الاسم: _____

رقم المنسوب: _____

التاريخ: _____

التوقيع: _____

٨. نموذج الكشف الطبي لرخصة القيادة

الرقم:

التاريخ:



نموذج الكشف الطبي لرخصة القيادة

	الاسم
	رقم الملف الطبي
	رقم المنسوب / الرقم الجامعي
	رقم السجل المدني / هوية مقيم
	تاريخ الميلاد
	الجنس
	رقم الكفيل
	رقم الجوال

الكشف الطبي

العين اليسرى بالتقويم (١-٦):	العين اليمى بالتقويم (١-٦):	مستوى النظر						
	سليم / غير سليم / سليم بشيود	تميز الألوان						
توقيع الطبيب	سليم / غير سليم / سليم بشيود	فحص البصر						
القيود								
سيارة أتوماتيك		بلا قيود						
بالنظارة		طرف صناعي						
سماعة أذن		القيادة في النهار						
غير ذلك		سيارة خاصة للمعوقين						
توقيع الطبيب		العيادة الطبية						
O -	O +	AB -	AB +	B -	B +	A -	A +	فصيلة الدم

مدير عام المركز الطبي الجامعي

الضام

الاسم:

التوقيع:

التاريخ: ١٤ / / هـ

آلية استكمال الإجراءات وفق الترتيب التالي: ١- حجز موعد بعيادة العيون ٢- حجز موعد بالعيادة الطبية ٣- مراجعة المختبر

الرقم:

التاريخ:

الموافق:

المشروعات:

المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم
جامعة أم القرى
المركز الطبي الجامعي

استفسار

سعادة مدير (مستشفى / مستوصف / مركز صحي) المحترم

والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد

تحيل إليكم (الموظف / الطالب) والذي

(راجعكم / نوم لديكم) في يوم وتاريخ / / ١٤ هـ

نرجو إفادتنا بتقرير طبي مفصل ومعتمد مع بيان فترة الإجازة المرضية إن وجدت حتى نتمكن من إشعار قسمه بذلك.

وتفضلوا بقبول خالص التحية ،،

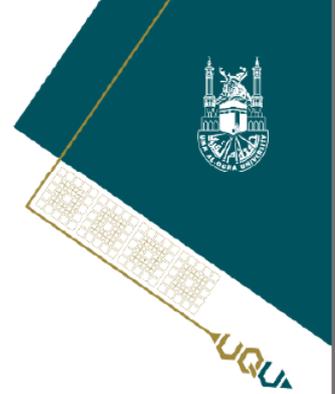
مدير عام المركز الطبي الجامعي
الاسم:

التوقيع:

التاريخ: ١٤ / / هـ

الختم

١٠. نموذج استبيان لقياس رضا المراجعين عن الخدمات الصحية



" استبيان لقياس رضا المراجعين عن الخدمات الصحية "

يولي المركز الطبي الجامعي اهتماماً كبيراً لآراء المرضى وملاحظاتهم عن الخدمات المقدمة لهم، وذلك لتطوير الأداء بالمركز الطبي والارتقاء بخدماته بما يحقق رضاهم، لذا نأمل أن تمنحنا دقائق من وقتك للإجابة على الاسئلة التالية من خلال تقييمك للخدمات التي تلقيتها اثناء مراجعتك للعيادات، علماً بأن المعلومات ستكون سرية ورفضك في المشاركة لن يؤثر على مستوى الخدمة المقدمة لك بالمنشأة الصحية.

أ. بيانات المراجع	
العيادة/ات: _____	تاريخ المراجعة: / / ١٤
الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	العمر: _____ سنة
المستوى التعليمي: <input type="checkbox"/> جامعي وأكثر <input type="checkbox"/> دبلوم <input type="checkbox"/> ثانوي وأقل <input type="checkbox"/> لا يوجد	
كيف تقيم حالتك الصحية بشكل عام؟ <input type="checkbox"/> جيدة جداً <input type="checkbox"/> جيدة <input type="checkbox"/> لا بأس بها <input type="checkbox"/> سيئة	

ب. تجربة المريض في الخدمات الصحية المقدمة	أوافق بشدة	أوافق	لا أوافق بشدة	لا أوافق	غير منطبق
الحصول على المواعيد بطريقة منظمة وسهلة.					
يتم تزويدي بمعلومات عن الخدمات المتوفرة في المركز الطبي.					
أنا واثق بانتي أتمكن من الحصول على خدمات الرعاية الصحية اللازمة.					
يقوم الممرض/ة بمساعدة الطبيب وأخذ العلامات الحيوية اللازمة.					
يتم متابعة زيارات مرضى الضغط والسكر بشكل دوري.					
يتم متابعة زيارات الحمل عن طريق عيادة النساء بشكل دوري.					
توفر عيادات الأسنان الخدمات الأساسية (تنظيف الأسنان، الحشوات، التثقيب الصحي، ...)					
يمكن الحصول على الدواء المطلوب من صيدلية المركز.					
أستطيع الحصول على نتائج تحاليل المختبر في وقت مناسب.					
يوفر المركز خدمات الأشعة عند طلبها من قبل الطبيب.					
يوفر المركز خدمة تثقيب صحي يسمح لي بفهم المرض، وطريقة علاجه والوقاية منه.					
يقضي الطبيب وقتاً كافياً معي ويشاركني في اتخاذ القرارات بشأن رعايتي وعلاجي.					
يقدم الطبيب تفسيرات سهلة ويتيح لي الفرصة لطرح الاسئلة والتعبير عن المخاوف.					
اضطر إلى الانتظار فترة طويلة جداً لرؤية الطبيب.					
لدي تجربة سابقة سيئة.					

ج. التقييم العام للخدمة بالمركز	أوافق بشدة	أوافق	لا أوافق بشدة	لا أوافق	غير منطبق
لقد اعطوني المساعدة التي احتاجها وفي الوقت المطلوب.					

شكراً لتعاونكم ،،،



" نموذج التقدم بشكوى "

تعليمات عامة

١. لابد للمراجع للمركز الطبي الجامعي ان يدرك تماما بأن تقديمه للشكوى لا يؤثر اطلاقا على مستوى الخدمة والرعاية الطبية المقدمة للمريض.
٢. لابد ان يلتزم ويقر مقدم الشكوى بأن جميع المعلومات المذكورة بالشكوى صحيحة ودقيقة.

معلومات مقدم الشكوى

اسم مقدم الشكوى:

مرضى مرافق (صلة القرابة):

تاريخ وقوع الحادثة: / / ١٤ هـ

رقم الجوال: توقيع مقدم الشكوى:

نص الشكوى

.....

.....

.....

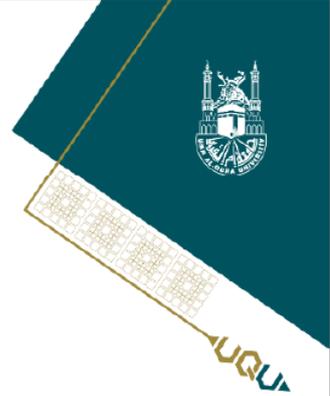
.....

إجراءات سير الشكوى

- اغلقت الشكوى
- تم تحويل الشكوى الى ادارة المركز الطبي الجامعي والمتابعة برقم: وتاريخ: / / ١٤ هـ

موظف / ة حقوق وعلاقات المرضى:

الاسم: التوقيع:



" نموذج التقدم باقتراح "

معلومات مقدم الاقتراح

الاسم:

مريض مرافق (صلة القرابة):

رقم الجوال: التوقيع:

نوع الاقتراح

طبي إداري خدمات مساندة

أخرى:

موضوع الاقتراح:

الاقتراح

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

التاريخ:

ثانياً: نموذج بطاقة صرف العلاج الشهري لمتابعة مرضى الأمراض المزمنة

 <p>الجامعة العراقية جامعة القادسية المركز الطبي الجامعي</p>	<h3>تعليمات هامة</h3> <p>١- يصرف العلاج الموصوف شهرياً ولمدة ثلاثة شهور فقط ولا يحدد إلا بمعرفة الطبيب المعالج. ٢- كمية العلاج المنصرفة لمدة شهر واحد فقط ولا يصرف العلاج بأثر رجعي. ٣- في حالة فقدان البطاقة يتحمل المنسوب مسئولية فقدها للبطاقة.</p> <p>الختم الرسمي</p> <p>مدير عام المركز الطبي الجامعي</p> <p>مستراح جامعة أم القرى</p>																																																
<h3>بطاقة العلاج الشهري</h3> <p>مسلسل ()</p> <p>الاسم: _____</p> <p>الجهة: _____</p> <p>رقم المنسوب: _____</p> <p>التشخيص: _____</p>																																																	
<p>العلاج: _____</p> <table border="1"><tr><td>توقيع الصيدلي:</td><td>١٤</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>توقيع الصيدلي:</td><td>١٤</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>توقيع الصيدلي:</td><td>١٤</td><td>/</td><td>/</td></tr></table> <p>العلاج: _____</p> <table border="1"><tr><td>توقيع الصيدلي:</td><td>١٤</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>توقيع الصيدلي:</td><td>١٤</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>توقيع الصيدلي:</td><td>١٤</td><td>/</td><td>/</td></tr></table>	توقيع الصيدلي:	١٤	/	/	توقيع الصيدلي:	١٤	/	/	توقيع الصيدلي:	١٤	/	/	توقيع الصيدلي:	١٤	/	/	توقيع الصيدلي:	١٤	/	/	توقيع الصيدلي:	١٤	/	/	<p>العلاج: _____</p> <table border="1"><tr><td>توقيع الصيدلي:</td><td>١٤</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>توقيع الصيدلي:</td><td>١٤</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>توقيع الصيدلي:</td><td>١٤</td><td>/</td><td>/</td></tr></table> <p>العلاج: _____</p> <table border="1"><tr><td>توقيع الصيدلي:</td><td>١٤</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>توقيع الصيدلي:</td><td>١٤</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>توقيع الصيدلي:</td><td>١٤</td><td>/</td><td>/</td></tr></table>	توقيع الصيدلي:	١٤	/	/	توقيع الصيدلي:	١٤	/	/	توقيع الصيدلي:	١٤	/	/	توقيع الصيدلي:	١٤	/	/	توقيع الصيدلي:	١٤	/	/	توقيع الصيدلي:	١٤	/	/
توقيع الصيدلي:	١٤	/	/																																														
توقيع الصيدلي:	١٤	/	/																																														
توقيع الصيدلي:	١٤	/	/																																														
توقيع الصيدلي:	١٤	/	/																																														
توقيع الصيدلي:	١٤	/	/																																														
توقيع الصيدلي:	١٤	/	/																																														
توقيع الصيدلي:	١٤	/	/																																														
توقيع الصيدلي:	١٤	/	/																																														
توقيع الصيدلي:	١٤	/	/																																														
توقيع الصيدلي:	١٤	/	/																																														
توقيع الصيدلي:	١٤	/	/																																														
توقيع الصيدلي:	١٤	/	/																																														

ثالثاً: نماذج ضمان توفير جميع مستويات العلاج لمنسوبي الجامعة والحماية من أخطار الأمراض
المعدية والإدمان وتلوث البيئة

١. نموذج للإحالة الطبية من المركز الطبي الجامعي للمستشفيات المرجعية بوزارة الصحة

KINGDOM OF SAUDI ARABIA المملكة العربية السعودية		MR #:	رقم الملف الطبي:
UMM ALQURA UNIVERSITY جامعة أم القرى		NAME:	الاسم:
UMM ALQURA UNIVERSITY MEDICAL CENTER المركز الطبي الجامعي		SEX:	الجنس:
		NATIONALITY:	الجنسية:
		D.O.B:	تاريخ الميلاد:
		Mobile Number:	رقم الجوال:
REFERRAL FORM نموذج إحالة			
Type of referral: <input type="checkbox"/> Out Patient <input type="checkbox"/> Emergency <input type="checkbox"/> Life Threatening			
Referred by (Name):		Specialty:	
Doctor Contact No.:		Date and time of Referral: / / ----:----	
Is the Patient Aware of Referral? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Does the Patient Consent to Referral? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
HISTORY AND EXAMINATION :			
VITAL SIGNS: Temp -----C° Pulse -----b/m Respiratory rate (RR) -----b/m BP -----mmHg			
INVESTIGATIONS:			
PROBLEMS/DIAGNOSIS:		SPECIALIZATION REQUIRED:	
PROCEDURES:			
TREATMENT:			
PATIENTS CONDITION: <input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Critical <input type="checkbox"/> Conscious <input type="checkbox"/> Unconscious		BED NEEDED: <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> NICU <input type="checkbox"/> WORD	
REASON FOR REFERRAL:			
<input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Admission <input type="checkbox"/> Treatment <input type="checkbox"/> Further Investigation (Specify):----- <input type="checkbox"/> Other (Specify):-----			
TRANSPORTATION:			
<input type="checkbox"/> Ambulance <input type="checkbox"/> Med-Evac. <input type="checkbox"/> Patient own -----			
ESCORT:			
<input type="checkbox"/> Relative <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Other (Specify):-----			
Documents accompanying referral:			
<input type="checkbox"/> Med. Report <input type="checkbox"/> Lab. Result <input type="checkbox"/> Radiological studies <input type="checkbox"/> Other (Specify):-----			
DR.'S Name:		Signature:	
Medical Director:		Date:	
		UMC Stamp	

٢. نموذج للإحالة الطبية (فرع عمادة الدراسات الجامعية للطالبات بالزاهر)

KINGDOM OF SAUDI ARABIA المملكة العربية السعودية		MR #:
UMM ALQURA UNIVERSITY جامعة أم القرى		NAME:
UMM ALQURA UNIVERSITY MEDICAL CENTER فرع المركز الطبي الجامعي بعمادة الدراسات الجامعية للطالبات بالزاهر		SEX:
		NATIONALITY:
		D.O.B:
		Mobile Number:
REFERRAL FORM نموذج إحالة		
Type of referral: <input type="checkbox"/> Out Patient <input type="checkbox"/> Emergency <input type="checkbox"/> Life Threatening		
Referred by (Name):		Specialty:
Doctor Contact No.:		Date and time of Referral: / / ----:----
Is the Patient Aware of Referral? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Does the Patient Consent to Referral? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
HISTORY AND EXAMINATION :		
VITAL SIGNS: Temp -----C° Pulse -----b/m Respiratory rate (RR) -----b/m BP -----mmHg		
INVESTIGATIONS:		
PROBLEMS/DIAGNOSIS:		SPECIALIZATION REQUIRED:
PROCEDURES:		
TREATMENT:		
PATIENTS CONDITION: <input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Critical <input type="checkbox"/> Conscious <input type="checkbox"/> Unconscious		BED NEEDED: <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> NICU <input type="checkbox"/> WORD
REASON FOR REFERRAL:		
<input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Admission <input type="checkbox"/> Treatment <input type="checkbox"/> Further Investigation (Specify):----- <input type="checkbox"/> Other (Specify):-----		
TRANSPORTATION:		
<input type="checkbox"/> Ambulance <input type="checkbox"/> Med-Evac. <input type="checkbox"/> Patient own -----		
ESCORT:		
<input type="checkbox"/> Relative <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Other (Specify):-----		
Documents accompanying referral:		
<input type="checkbox"/> Med. Report <input type="checkbox"/> Lab. Result <input type="checkbox"/> Radiological studies <input type="checkbox"/> Other (Specify):-----		
DR.'S Name:		Signature:
Medical Director:		Date:
Signature:		Date:
		UMC Stamp



" بلاغ للأمراض المعدية "

PATIENT NAME:: اسم المريض
 ID NUMBER:: رقم الهوية
 FILE NUMBER:: رقم الملف
 SEX: Male Female أنثى ذكر
 NATIONALITY:: الجنسية
 DATE OF BIRTH:: تاريخ الميلاد
 ADDRESS:: عنوان السكن
 MOBILE NUMBER:: رقم الجوال

DIAGNOSIS:: التشخيص

RECOMMENDATION: Medication Referral إجراء المتخذ: تحويل إلى مستشفى صرف علاج

الطبيب المعالج

.....: الاسم

.....: التوقيع

.....: التاريخ / / ١٤

.....: الوقت

٥. نموذج بيان أسبوعي بأسماء مراجعين المركز الطبي الجامعي المصابين بأمراض معدية

رؤية
2030
المملكة العربية السعودية
KINGDOM OF SAUDI ARABIA

المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم
جامعة أم القرى



" بيان بأسماء مراجعين المركز الطبي الجامعي المصابين بأمراض معدية "

م	الاسم	العمر	الجنسية		تاريخ الكشف	التشخيص	رقم الجوال	رقم الهوية	العنوان السكني
			س	ع/س					
١									
٢									
٣									
٤									
٥									
٦									

الخدمات التمريضية بالمركز الطبي الجامعي

الاسم:

التوقيع:

التاريخ: / /

رابعاً: نماذج ضمان تقديم الخدمات في بيئة آمنة وضمان سلامة المرضى

١. نموذج الإبلاغ عن الأخطاء الدوائية

UMM ALQURA UNIVERSITY MEDICAL CENTER المركز الطبي الجامعي				KINGDOM OF SAUDI ARABIA المملكة العربية السعودية UMM ALQURA UNIVERSITY جامعة أم القرى																					
Medication Error Reporting Form																									
1. Date of event: / / Time of event: :			2. Location of event: <input type="checkbox"/> Clinic <input type="checkbox"/> Pharmacy <input type="checkbox"/> Others -----																						
3. type of error: <input type="checkbox"/> Prescribing <input type="checkbox"/> Dispensing <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Others (specify): -----			4. Patient details: MR Number: ----- Age: ----- Gender: ----- Diagnosis: -----																						
5. Description of the event: (how did the event occur and how was it detected?) ----- ----- -----																									
6. Details of medicines involved in the event:			9. Possible causes & contributing factors:																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>S. No.</th> <th>Dosage Form</th> <th>Generic Name</th> <th>Strength</th> <th>Frequency</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>			S. No.	Dosage Form	Generic Name	Strength	Frequency																<input type="checkbox"/> Lack of knowledge / Experience <input type="checkbox"/> Unavailable patient information <input type="checkbox"/> Illegible prescription <input type="checkbox"/> Peak hour <input type="checkbox"/> Look alike / sound alike medication <input type="checkbox"/> Miscommunication <input type="checkbox"/> Wrong labeling / Instruction <input type="checkbox"/> Failure to adhere to work procedure <input type="checkbox"/> Use of abbreviations <input type="checkbox"/> Others -----		
S. No.	Dosage Form	Generic Name	Strength	Frequency																					
7. Did the error reach the patient? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			10. Details of reporter: (optional) Name: ----- Designation: ----- Mobile No: -----																						
8. Outcome of the event: <u>No error</u> <input type="checkbox"/> A. Events have potential to cause error <u>Error, No harm</u> <input type="checkbox"/> B. Error did not reach patient <input type="checkbox"/> C. No harm <input type="checkbox"/> D. No harm but requires monitoring <u>Error, harm</u> <input type="checkbox"/> E. Temporary harm requiring treatment <input type="checkbox"/> F. Temporary harm requiring hospitalization <input type="checkbox"/> G. Permanent harm <input type="checkbox"/> H. Near death event <u>Error, death</u> <input type="checkbox"/> I. Death			11. Intervention done: <input type="checkbox"/> Administered antidote <input type="checkbox"/> Education / training provided <input type="checkbox"/> Informed staff who made error <input type="checkbox"/> Changed to correct drug / dose / frequency <input type="checkbox"/> Communication process improved <input type="checkbox"/> Policy / procedure changed / instituted <input type="checkbox"/> No action needed <input type="checkbox"/> Others (specify) -----																						

٢. نموذج تقرير الاحداث (OVR)

KINGDOM OF SAUDI ARABIA المملكة العربية السعودية UMM ALQURA UNIVERSITY جامعة أم القرى UMM ALQURA UNIVERSITY MEDICAL CENTER المركز الطبي الجامعي 		الاسم: NAME: رقم الملف الطبي: MR #: رقم الهوية/ الإقامة: National ID#: تاريخ الميلاد: SEX: / D.O.B: الجنسية: NATIONALITY: الطبيب: Doctor: العيادة: Clinic:	
OCCURRENCE / VARIANCE REPORT (لا يستخدم هذا النموذج للأغراض الجزائية) (Not for Retributive Purposes)			
Date of Incident:		Time of Incident:	
Date of Report:		Time of Report:	
Incident Location:		Reporting Area:	
Involved Person: <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Staff <input type="checkbox"/> Other:		SENTIAL EVENT: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes please specify:	
Degree OF HARM <input type="checkbox"/> No Harm <input type="checkbox"/> Minor Injury <input type="checkbox"/> Severe Injury <input type="checkbox"/> Permanent loss of function or disability <input type="checkbox"/> Death		Communication / Documentation <input type="checkbox"/> Patient Identification <input type="checkbox"/> Missing files <input type="checkbox"/> Order error <input type="checkbox"/> Documentation <input type="checkbox"/> Medical records unavailable <input type="checkbox"/> Policy not available <input type="checkbox"/> Confidentiality <input type="checkbox"/> Delay in responding <input type="checkbox"/> Others	
Medication <input type="checkbox"/> Medication prescribing error <input type="checkbox"/> Medication dispensing error <input type="checkbox"/> Medication administration error <input type="checkbox"/> Medication Storage error <input type="checkbox"/> Adverse drug reaction <input type="checkbox"/> Others		Clinical Practice / Procedure <input type="checkbox"/> Consent <input type="checkbox"/> Patient Privacy <input type="checkbox"/> Reporting of test result <input type="checkbox"/> Medical records unavailable <input type="checkbox"/> Policy not available <input type="checkbox"/> Refused of cannulation <input type="checkbox"/> I.V. not given <input type="checkbox"/> I.V. infiltration <input type="checkbox"/> Wrong solution type <input type="checkbox"/> Procedure/s not followed <input type="checkbox"/> Others	
Laboratory Specimen <input type="checkbox"/> Improper labeling <input type="checkbox"/> Unlabeled specimen container <input type="checkbox"/> Improper specimen <input type="checkbox"/> No requisition <input type="checkbox"/> Incomplete orders <input type="checkbox"/> Missed specimen <input type="checkbox"/> Sample mix-up <input type="checkbox"/> Patient injured (hematoma, etc.)		Patient Fall <input type="checkbox"/> Out of bed <input type="checkbox"/> Off chair <input type="checkbox"/> Off scale or equipment <input type="checkbox"/> Found on the floor <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Others Environmental Safety <input type="checkbox"/> Hazardous material <input type="checkbox"/> Security <input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> Fire <input type="checkbox"/> Medical equipment <input type="checkbox"/> utility <input type="checkbox"/> others	
Infection Control <input type="checkbox"/> Needle stick <input type="checkbox"/> Sharps injury <input type="checkbox"/> Isolation precaution compliance <input type="checkbox"/> Used instrument storage/collection <input type="checkbox"/> Others			
Other Types of Event:			
Brief description of the incident:			
Person's current condition:			
Supervisor Informed? (not required unless immediate action is required) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Physician informed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Immediate Corrective Action:			
Reported by: Name:		Clinic/Place:	
Mobile/Ext. no.:			



DAILY CLEANING SCHEDULE

CLINIC :

MONTH :

DATE	DAY	8:00 A.M	1:00 P.M	AS NEEDED	SIGN.
	SUNDAY				
	MONDAY				
	TUESDAY				
	WEDNESDAY				
	THURSDAY				

DATE	DAY	8:00 A.M	1:00 P.M	AS NEEDED	SIGN.
	SUNDAY				
	MONDAY				
	TUESDAY				
	WEDNESDAY				
	THURSDAY				

DATE	DAY	8:00 A.M	1:00 P.M	AS NEEDED	SIGN.
	SUNDAY				
	MONDAY				
	TUESDAY				
	WEDNESDAY				
	THURSDAY				

DATE	DAY	8:00 A.M	1:00 P.M	AS NEEDED	SIGN.
	SUNDAY				
	MONDAY				
	TUESDAY				
	WEDNESDAY				
	THURSDAY				

الصورة
الشخصية

تقرير طبي باللياقة الطبية

الاسم الجنسية

رقم المنسوب الجامعي الكلية القسم

الطبيب	نوع الفحص	الطبيب	نوع الفحص
الاسم التوقيع	<input type="checkbox"/> لا توجد <input type="checkbox"/> يوجد	الأمراض الحارضية	العينان
			اليمنى اليسرى
الاسم التوقيع	<input type="checkbox"/> لا توجد <input type="checkbox"/> يوجد	الأمراض الحارضية	الأذنان
			اليمنى اليسرى
الاسم التوقيع	اليوز سلبي إيجابي	التحليل	ضغط الدم
			سليم غير سليم
الاسم التوقيع	<input type="checkbox"/> لا توجد <input type="checkbox"/> يوجد	أمراض أخرى	القلب
			<input type="checkbox"/> سليم <input type="checkbox"/> غير سليم
الاسم التوقيع	<input type="checkbox"/> لا توجد <input type="checkbox"/> يوجد	أمراض أخرى	الركبتان
			<input type="checkbox"/> سليم <input type="checkbox"/> غير سليم
الاسم التوقيع	<input type="checkbox"/> لا توجد <input type="checkbox"/> يوجد	أمراض أخرى	الكبد
			<input type="checkbox"/> سليم <input type="checkbox"/> غير سليم
الاسم التوقيع	<input type="checkbox"/> لا توجد <input type="checkbox"/> يوجد	أمراض أخرى	الطحال
			<input type="checkbox"/> سليم <input type="checkbox"/> غير سليم
الاسم التوقيع	<input type="checkbox"/> لا توجد <input type="checkbox"/> يوجد	أمراض أخرى	نتيجة الفحص الإجمالي
			<input type="checkbox"/> سليم <input type="checkbox"/> غير سليم

مدير عام المركز الطبي الجامعي

الاسم

التوقيع

التاريخ / / ١٤ هـ

الختم

سعادة / المحترم

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

بناءً على خطابكم رقم وتاريخ / / ١٤ هـ

تجدون بعاليه نتيجة الكشف الطبي على المذكور اسمه بعاليه .

وجد أنه لائق غير لائق

نأمل إكمال ما يلزم وتقبلوا تحياتي

٦. نموذج الكشف الطبي للمقيمين

الصورة
الشخصية



تقرير طبي باللياقة الطبية للمقيمين

Name الاسم
Gender الجنس Age العمر Nationality الجنسية
Issue Place مصدره / / Issue Date تاريخه Passport No. رقم الجواز
Place of Work In K.S.A مكان العمل بالمملكة Type Work نوع العمل
Tel. تليفون Address عنوانه Employer Name اسم الكفيل

Lab. Investigation		الفحوصات المخبرية	Clinical Examination		الكشف الإكلينيكي
Result	اسيجه	Type of Investigation	نوع الفحص	Result	السيجه
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urine	البول	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1- Sugar D.M	1- سكر D.M	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2- Protein	2- زلال Protein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3- Schisto (من منطقة موبوءة)	3- بلهارسيا Schisto (من منطقة موبوءة)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stool	البراز Stool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Microscopic	1- مجهرياً Microscopic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parasites	1- طفيليات Parasites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2- Schisto (من منطقة موبوءة)	2- بلهارسيا Schisto (من منطقة موبوءة)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Culture	ب- زراعة Culture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1- Salmonella	1- سالمونيلا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2- Shigella	2- شيجلا Shigella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3- Cholera (من منطقة موبوءة)	3- كوليرا Cholera (من منطقة موبوءة)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blood	الدم Blood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1- Glucose (إذا وجد بالبول) (if +ve in urine)	1- سكر Glucose (إذا وجد بالبول) (if +ve in urine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2- Malaria	2- ملاريا Malaria		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3- HIV 1 & 2	3- نقص المناعة المكتسبة HIV 1 & 2		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4- HPAg	4- التهاب الكبد الفيروسي HPAg		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5- Anti HCV	5- التهاب الكبد الفيروسي Anti HCV		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6- RPR or VDRL (if +ve then TPHA) Syphilis	6- الزهري RPR or VDRL (if +ve then TPHA) Syphilis		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	فصيلة الدم			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الفحص البولي لهرمون الحمل			
Final Result النتيجة النهائية					
■ غير لائق طبياً لممارسة العمل المذكور أعلاه (Unfit)			■ لائق طبياً لممارسة العمل المذكور أعلاه (Fit)		
أسباب عدم اللياقة الطبية Reasons for Unfitness					

مدير عام المركز الطبي الجامعي
الاسم
التوقيع
التاريخ / / ١٤هـ

الختم

خامساً: نماذج فعاليات التثقيف الصحي

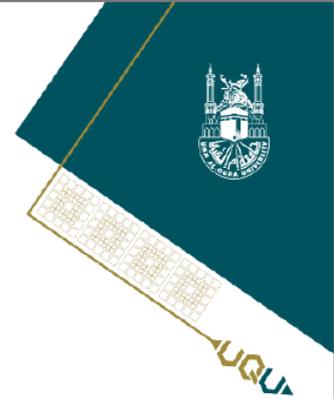
١. نموذج طلب المشاركة في فعالية توعية صحية

<p>VISION رؤية 2030 المملكة العربية السعودية KINGDOM OF SAUDI ARABIA</p>		<p>المملكة العربية السعودية وزارة التعليم جامعة أم القرى</p>	
<p>المركز الطبي الجامعي UNIVERSITY MEDICAL CENTER</p>			
<p>" نموذج طلب المشاركة في فعالية توعية صحية "</p> <p>"Application Form for participation in Health Awareness Activities"</p>			
يوم التوعية الصحي Health Awareness Day		مكان الفعالية Event Place	
تاريخ الفعالية / مدتها Event Date / Duration		اسم مقدم الطلب Name of Applicant	
الفئة المستهدفة Target Group		أهداف الفعالية Goals of Effectiveness	
Materialized مجسم <input type="checkbox"/> Awareness Corner ركن توعوي <input type="checkbox"/> Projector / Laptop شاشة عرض <input type="checkbox"/> Awareness Video فيديو توعوي <input type="checkbox"/> Stands ستاندات تعريفية <input type="checkbox"/> Brochures مطويات <input type="checkbox"/>		نوع المشاركة Type of Participation	
CD <input type="checkbox"/> Educational Pamphlets مطويات تثقيفية <input type="checkbox"/> Photos صور <input type="checkbox"/>		المرفقات (ترفق مع التقرير) Attachments	
<input type="checkbox"/> أوافق <input type="checkbox"/> لا أوافق		رأي وحدة الصحة العامة Public Health Unit Opinion	
السبب: رئيس/ة وحدة الصحة العامة Head of Public Health Unit الاسم: التوقيع: التاريخ: ١٤ / / هـ			

٢. نموذج طلب عمل مطوية علمية تثقيفية

رؤية
2030
المملكة العربية السعودية
KINGDOM OF SAUDI ARABIA

المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم
جامعة أم القرى

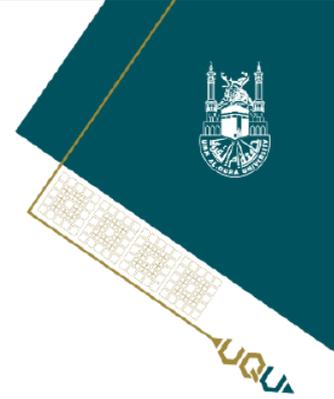


" طلب عمل مطوية علمية تثقيفية "

.....	عنوان المطوية Title of Brochure
.....	محتويات المطوية Content of Brochure
.....	المصادر Resources
.....	اسم مقدم الطلب Name of Applicant
.....	الوظيفة / التخصص Job / Specialty
.....	الفرع Branch
.....	التوقيع Signature

خاص بوحدة الصحة العامة For Public Health Unit

مراجعة:	Reviewed by:
الاسم:	التوقيع:
التاريخ: / / ١٤٥٠ هـ	
رئيسة وحدة الصحة العامة:	Head of Public Health Unit:
الاسم:	التوقيع:
التاريخ: / / ١٤٥٠ هـ	



" آلية تنفيذ الفعالية "

اسم الفعالية	زمن الفعالية
التخطيط	
<input type="checkbox"/> اتخاذ قرار حول الفعالية. <input type="checkbox"/> التواصل مع مدير عام المركز لإقامة الفعالية. <input type="checkbox"/> وضع خطة تنفيذية للفعالية تتضمن اطار زمني محدد. <input type="checkbox"/> تعيين المشاركين والمسؤوليات. <input type="checkbox"/> اختيار المكان المتوقع.	
الجهات الخارجية	
<input type="checkbox"/> الإعلان عن الفعالية. <input type="checkbox"/> التواصل مع جهات راعية للفعالية مع طلب تصريح للدخول.	
المشاركين	
<input type="checkbox"/> رفع تقرير للفعالية. <input type="checkbox"/> تحديد مسؤول الفعالية مع توزيع مهام المشاركين. <input type="checkbox"/> التحقق من حضور المشاركين.	
محتويات الفعالية	
<input type="checkbox"/> تصميم مواد مثل منشورات، ملصقات، بنرات... الخ <input type="checkbox"/> مراجعة المحتوى من قبل الطبيب المختص.	
الفعالية	
<input type="checkbox"/> طلب مستلزمات لإقامة الفعالية. <input type="checkbox"/> تنظيم المشاركين للفعالية.	
يوم الفعالية	
<input type="checkbox"/> الإشراف على أركان الفعالية. <input type="checkbox"/> توزيع استمارة التقييم للفعالية.	
بعد الفعالية	
<input type="checkbox"/> رفع تقرير مفصل للفعالية يتضمن صور. <input type="checkbox"/> عمل شهادات شكر للمشاركين. <input type="checkbox"/> عقد اجتماع مع المشاركين لمناقشة طرق تحسين الفعالية.	



" نموذج تقرير الفعالية الصحية "
"Form of Health Effectiveness Report"

	عنوان الفعالية الصحية Title of Health Event
	مكان الفعالية Event Place
	تاريخ الفعالية / مدتها Event Date / Duration
	المشاركين Participants
	الفئة المستهدفة Target Group
	أهداف الفعالية Goals of Effectiveness
<input type="checkbox"/> ركن توعوي Awareness Corner <input type="checkbox"/> محاضرات تعريفية Introductory Lectures <input type="checkbox"/> مطويات Brochures <input type="checkbox"/> كتاب Booklet <input type="checkbox"/> ستاندات تعريفية Definition Stands	برنامج الفعالية Program of the Event
<input type="checkbox"/> صور Photos <input type="checkbox"/> مطويات تثقيفية Educational Pamphlets <input type="checkbox"/> محتوى المحاضرة التعريفية The Content of the Introductory Lecture	المرفقات (ترفق مع التقرير) Attachments
	نتيجة تقييم الفعالية Result of effectiveness evaluation

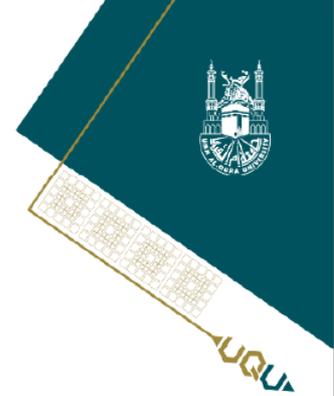
رئيس/ة وحدة الصحة العامة
Head of Public Health Unit

الاسم:

التوقيع:

التاريخ: ١٤ / / هـ

♦ التأكيد على ضرورة ارسال صور لتوثيق ما تم إنجازه في الفعالية الصحية.



" استمارة تقييم الفعالية "

اسم الفعالية	تاريخ تنفيذ الفعالية	١٤ / /
مكان تنفيذ الفعالية	وقت تنفيذ الفعالية	----- : -----

معايير تقييم الفعالية						
م	الفنسة	ممتاز	جيد جداً	متوسط	مقبول	ضعيف
١	الفكرة الرئيسية للفعالية.					
٢	المضمون والمحتوى العام للفعالية.					
٣	أساليب تنفيذ الفعالية.					
٤	وسائل التقنية المستخدمة.					
٥	الإعلان عن الفعالية.					
٦	مكان تنفيذ الفعالية.					
٧	مستوى تنظيم الفعالية.					
٨	المطبوعات المقدمة.					
٩	أركان الفعالية.					
١٠	توقيت الفعالية.					

اقتراحات تود إضافتها	
ما هو الشيء الذي نال استحسانك في الفعالية؟	
ما هو الشيء الذي لم ينل استحسانك في الفعالية؟	

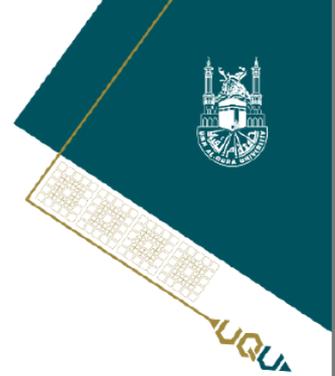
شكراً لتعاونكم
وحدة الصحة العامة

سادساً: نماذج جمع البيانات وعمل الاحصائيات

١. نموذج إحصائية المستفيدين من العيادات الطبية بالمركز الطبي الجامعي

رؤية
2030
المملكة العربية السعودية
KINGDOM OF SAUDI ARABIA

المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم
جامعة أم القرى



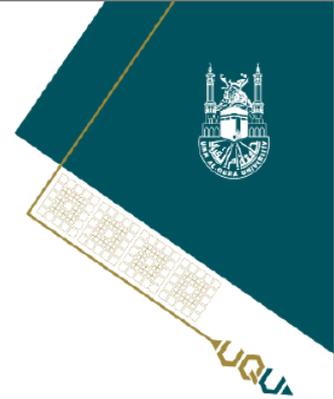
" إحصائية المستفيدين من العيادات الطبية بالمركز الطبي الجامعي لعام ٢٠٢٠ "

النسبة (%)	المجموع الكلي	أعداد المستفيدين				العيادة الطبية
		غير سعودي		سعودي		
		إناث	ذكور	إناث	ذكور	
						الباطنة
						القلب
						طب الأسرة
						العظام
						الأنف والأذن والحنجرة
						الأطفال
						النساء والولادة
						الجراحة العامة
						المسالك البولية
						العيون
						الجلدية
						الأسنان
						الإجمالي

٤. نموذج إحصائية سنوية بأعداد المستفيدين من الخدمات الطبية (بفرع الزاهر)

رؤية
2030
المملكة العربية السعودية
KINGDOM OF SAUDI ARABIA

المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم
جامعة أم القرى



" إحصائية سنوية بأعداد المستفيدين من الخدمات الطبية بفرع الزاهر لعام ٢٠٢٠م "

النسبة (%)	العدد الإجمالي	أعداد المستفيدين		العيادة الطبية
		غير سعودي	سعودي	
				عيادة الطب العام (١)
				عيادة الطب العام (٢)
				عيادة النساء والولادة
				عيادة الصحة النفسية
				عيادة الأسنان
				المختبر
				غيارات الجروح
				إعطاء العلاج الوريدي
				إعطاء العلاج العضلي
				العلاج والضماد
				الحالات الطارئة
				الصيدلية
				الإجمالي

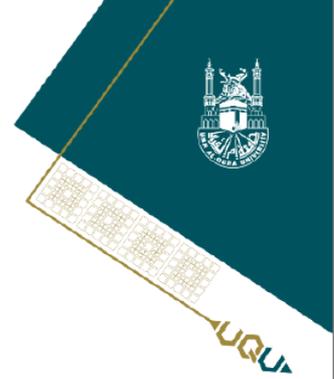
❖ ملاحظة الرجاء إحصاء حالات العلاج والضماد مستقلة عن الحالات الطارئة.

سابعاً: نماذج التعليم الطبي المستمر

نموذج طلب حضور مؤتمر - ندوة - دورة - ورشة عمل

رؤية
2030
المملكة العربية السعودية
KINGDOM OF SAUDI ARABIA

المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم
جامعة أم القرى



" نموذج طلب حضور مؤتمر - ندوة - دورة - ورشة عمل "

الاسم	رقم المنسوب	
المسمى الوظيفي	التوقيع / التاريخ	

عنوان النشاط	الجهة المنظمة	
المكان	الدولة / المدينة	
المدة	تاريخ الانعقاد	

نوع المشاركة حضور فقط. المشاركة (ورقة عمل / بحث / ورشة عمل).

رأي الرئيس المباشر
الاسم: التوقيع: التاريخ: / /
 أوافق على حضوره النشاط العلمي. لا أوافق، السبب:

رأي لجنة التدريب والتعليم
الاسم: التوقيع: التاريخ: / /
 نوافق على حضوره النشاط العلمي. لا نوافق، السبب:

إدارة المركز الطبي الجامعي

مدير عام المركز الطبي الجامعي
الدكتور/ ياسر بن حسن باحكيم

التوقيع: التاريخ: / / ١٤٤٥ هـ

❖ الرجاء عند استلام شهادة الحضور تسليمها لسكرتارية اللجنة لإكمال اللازم.