


QFO-SS-CH-005	رمز النموذج:	اسم النموذج: موافقة تحويل إسعاف (طلاب)	 جامعة فيلادلفيا Philadelphia University
2	رقم الإصدار: (Rev)	الجهة المصدرة: المركز الصحي	
2023-10-16	تاريخ الإصدار:	الجهة المدققة: عمادة ضمان الجودة والاعتماد	
1	عدد الصفحات:		

اليوم: التاريخ: / / ساعة البلاغ:

<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى	الجنس:		اسم المريض:	
	الجنسية:		العمر:	
	الرقم الجامعي:			

الكلية	التخصص	العنوان	رقم الخليوي

	تشخيص الحالة:
	تقرير أولي للحالة:

B.P _____
PULS.....
Temp
R.B.S.....
F.B.S.....
O2.....

أنا الموقع أدناه
--

توقيع وختم الطبيب :

توقيع المريض :