


QFO-HR-CH-007	رمز النموذج:	اسم النموذج: موافقة تحويل اسعاف (موظفين)	 جامعة فيلادلفيا Philadelphia University
1	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"/> انثى	الجنس:			اسم المريض:
	الجنسية:	العمر:		الرقم الوظيفي:

رقم الخلوي	العنوان	الكلية / الدائرة

تشخيص الحالة:

تقرير أولي للحالة :

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

أنا الموقع أدناه
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

توقيع وختم الطبيب :

توقيع المريض :