

## External Referral Form

## نموذج التحويل الخارجي

Full Name: .....	الاسم الكامل:
MRN: .....	رقم الملف الطبي: NA <input type="checkbox"/> لا يوجد
Employment ID: .....	رقم الوظيفي للموظف: NA <input type="checkbox"/> لا يوجد
Age/Gender: .....	الجنس والعمر: Female <input type="checkbox"/> أنثى Male <input type="checkbox"/> ذكر
Nationality: .....	الجنسية: Birth Date: .....
Time: .....	الوقت: Date: .....
Name: .....	اسم الطبيب/ المعالج:
Vital Signs: .....	العلامات الحيوية:
BP .....	ضغط الدم
Temp .....	درجة الحرارة
HR .....	معدل النبض
RR .....	معدل التنفس
SpO2 .....	معدل الاكسجين
Weight .....	الوزن:
Summary of Chief Complaints /Medical History: .....	ملخص للمشاكل الأساسية / التاريخ المرضي:
Physician Assessment Summary: .....	ملخص للتقييم الطبي/ المعالج:
Conclusion: .....	الخلاصة:
Name of Transferring Doctor: .....	اسم الطبيب الذي قام بالتحويل:
ID/ Stamp /Signature: .....	توقيعه / ختمه /رقمه الوظيفي: