



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان

الملف الطبي الموحد 1445 هجرية - 2024م



الملف الطبي الموحد

1445 هجرية

YEMENI MEDICAL FILE

2024



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

YEMEN MEDICAL FILE

مقدمة

الملف الطبي الموحد

تقديم

يمثل هذا الدليل أحد أنشطة حوكمة النظام الصحي ويهدف الى تنظيم وتوحيد الممارسات الطبية في جميع المرافق الصحية كما يمثل أحد السياسات الهامة في بناء أنظمة الجودة وتحسين الخدمات الصحية؛ وقد أتى القرار بإخراجه وتعميمه نظرا للأهمية التي يحتلها الملف الطبي ونماذجه في ذلك الصدد.

هذا الدليل:

يحتوي على نماذج الملف الطبي الموحد مقسم على عدة فصول تمثل أبرز الأقسام أو وحدات الخدمة الحيوية بالمستشفيات وذلك لمراعاة خصوصية تلك الأقسام أو وحدات الخدمة على تفاصيل النماذج الأساسية كقوائم تقييم المرضى (القصة المرضية والفحص السريري) التي تختلف في كل قسم عن الآخر وهي كما يلي:

- قسم الطوارئ
- قسم الرقود
- قسم الجراحة
- قسم العمليات والتخدير
- قسم النساء والولادة
- قسم الأطفال
- قسم العناية المركزة
- قسم المختبر
- قسم الأشعة
- بنك الدم



إضافة الى فصول تضمنت مجموعة من النماذج الادارية والقانونية والجنائية كالموافقات والتفويض وشهادة الابلاغ والوفاة وغيرها.

كما أن الملف مقسم في اطار هذه الاقسام بحسب مسئولية من يجب أن يملأ هذه النماذج من العاملين الصحيين بالمستشفيات الى مجموعتين رئيسيتين هما:

- نماذج الأطباء
- نماذج التمريض
- كما ان هناك نماذج قد تخص غيرهم كالفنيين (التخدير، الرعاية التنفسية، مساعدي العمليات، المخبريين، فنيي الأشعة ... الخ) او الاداريين او العاملين المساعدين في المستشفيات كمندوبي البحث وعمال ثلاجة الموتى وغيرهم.
- واخيرا ما يخص المريض ومرافقه من نماذج اقرار الموافقة أو رفض التدخلات والمعالجة.

أبرز المراجع:

- الملف الطبي المصري.
- الملف الطبي السعودي.
- النماذج التي تم اعدادها من قبل المجلس الطبي بالجمهورية اليمنية.
- الملف الطبي لعدد من المستشفيات بالجمهورية اليمنية .





اللجنة الوطنية الاستشارية لمراجعة الملف الطبي الموحد

كما يجدر الإشارة الى أنه قد تم مراجعة جميع نماذج الملف الطبي الموحد من قبل اللجنة الوطنية الاستشارية والتي تم تشكيلها بموجب تكليف من معالي وزير الصحة العامة والسكان رقم (11/6/59) لسنة 1444 هجرية بتاريخ 2023/10/20م؛ برئاسة نائب وزير الصحة د. مطهر المروني وضمت الاستشاريين التالية أسماؤهم:

- أ.د. توفيق المخلافي استشاري الجراحة العامة والمناظير - عضو المجلس الطبي
- أ.د. محمد الكبسي استشاري أمراض القلب والقسطرة
- أ.د. عبدالكريم ثامر استشاري أمراض الباطنة والقلب - عضو المجلس الطبي
- أ.د. فهيم العبسي استشاري التخدير والعناية المركزة
- أ.د. سبأ شجاع الدين استشاري أمراض النساء والولادة - عضو المجلس الطبي
- أ.د. أمين علي النعماني استشاري أمراض الأطفال
- د. نجيب القباطي استشاري أمراض الأطفال - وكيل الوزارة لقطاع السكان
- د. علي محمد جحاف أخصائي صحة عامة - وكيل الوزارة لقطاع الطب العلاجي
- د. يوسف الشعابي أخصائي إدارة صحية - مدير إدارة التمريض بديوان عام الوزارة
- أ. عبدالاله حيدر أخصائي الاحصاء الصحي - رئيس قسم الارشيف بمستشفى جامعة العلوم والتكنولوجيا
- د. علي عبدالوهاب المفتي استشاري أمراض الباطنة - مدير عام الخدمات الطبية وضمان الجودة بوزارة الصحة العامة والسكان مقررا.
- د. نجيب الشرفي - مدير عام نظم المعلومات بديوان عام الوزارة.



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

YEMEN MEDICAL FILE

INTRODUCTION

الملف الطبي الموحد

وقد قامت اللجنة بعقد (3) اجتماعات استعرضت في الأول المسودة الأولية للنتائج التي تضمنتها مسودة الملف الطبي الموحد وسلم أعضاء اللجنة في الثاني والثالث النماذج بعد مراجعتها.



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

YEMEN MEDICAL FILE

INTRODUCTION

الملف الطبي الموحد

تعليمات هامة:

- جميع النماذج يجب أن تتوج بالبيانات التالية – باستثناء حيث ذكر في غضون هذا الدليل مما يقتضيه خصوصية وحدات الخدمة في المستشفيات – كوحدات العناية المركزة والحضانة وغيرها وتلك الديباجة كما يلي:

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:
Name of the Form as in the National Guide		الرمز - CODE	اسم النموذج باللغة العربية وفقاً للدليل الوطني الموحد	

- التعليمات الواردة في كل نموذج هامة للغاية وعلى المستشفى الالتزام بها.
- هناك بعض النماذج يفضل ألا تفصل وان جاء ذكرها في غضون هذا الدليل على أنها منفصلة للتأكيد على أهمية الجزئين على سبيل المثال: نموذج طلب الاستشارة لرأي اختصاصي في حالة مرضية ترقد في احد أقسام المستشفى ونموذج تقرير أو ملاحظات الاستشارة الطبية والتي يفضل أن تكونان في ورقة واحدة لتوثيق بيانات ووقت الطلب اضافة الى استجابة الاستشاري وملاحظاته.
- نماذج طلب فحوصات المختبرات والأشعة في هذا الدليل تشمل طيف واسع من الخدمات وليست بالضرورة حتما على جميع المرافق والمطلوب لكل منشأة صحية هو ما يخصها من القوائم وفق نطاق خدماتها.



DEPARTMENT	CODE	الأقسام
1 YEMEN MEDICAL FILE	مقدمة	الملف الطبي الموحد
1 YEMEN MEDICAL FILE	INTRODUCTION	الملف الطبي الموحد 1
2 YEMEN MEDICAL FILE	INTRODUCTION	الملف الطبي الموحد 2
3 YEMEN MEDICAL FILE	INTRODUCTION	الملف الطبي الموحد 3
4 YEMEN MEDICAL FILE	INTRODUCTION	الملف الطبي الموحد 4
INDEX OF YMF 2024	فهرس	فهرس الملف الطبي الموحد
1 INDEX OF YMF 2024	INDEX	فهرس الملف الطبي الموحد 1
2 INDEX OF YMF 2025	INDEX	فهرس الملف الطبي الموحد 2
3 INDEX OF YMF 2026	INDEX	فهرس الملف الطبي الموحد 3
4 INDEX OF YMF 2027	INDEX	فهرس الملف الطبي الموحد 4
5 INDEX OF YMF 2028	INDEX	فهرس الملف الطبي الموحد 5
6 INDEX OF YMF 2029	INDEX	فهرس الملف الطبي الموحد 6
7 INDEX OF YMF 2030	INDEX	فهرس الملف الطبي الموحد 7
8 INDEX OF YMF 2031	INDEX	فهرس الملف الطبي الموحد 8
2 CONSENT FORMS	CON	نماذج الموافقة على اجراء طبي
1 Refuse of Hospital Admission Form	CON/P/1	1 نموذج اقرار رفض دخول المستشفى
2 Request of DAMA Form	CON/P/2	2 نموذج اقرار طلب الخروج من المستشفى حسب الطلب
3 Refuse of Medical Intervention Form	CON/P/3	3 نموذج اقرار رفض اجراء تداخلي
4 Refuse of Medical Therapy Form	CON/P/4	4 نموذج اقرار رفض العلاج
5 Pressure Sore Form (Patient's Relatives)	CON/P/5	5 نموذج اقرار بالاصابة بقرح الفراش
6 Admission Consent	CON/P/6	6 نموذج الاقرار بالموافقة على دخول المستشفى والعلاج فيه
7 Attorney Consent	CON/P/7	7 نموذج تفويض الموافقة على اجراء تدخل طبي
8 High Risk Consent	CON/P/8	8 الموافقة على اجراء طبي عالي الخطورة
9 CVC Insertion Consent	CON/P/9	9 الموافقة على اجراء قسطرة مركزية
10 Dialysis Consent	CON/P/10	10 الموافقة على اجراء غسيل كلوي
11 Peritoneal Cath Insertion Consent	CON/P/11	11 الموافقة على اجراء قسطرة بيريونوية
12 Endoscopy Consent	CON/P/12	12 الموافقة على اجراء منظار
13 Biopsy Taking Consent	CON/P/13	13 الموافقة على اجراء خزعة
14 Cardiac Cath Consent	CON/P/14	14 الموافقة على اجراء قسطرة قلبية
15 Advices for Patients Before Cath Lab	CON/P/15	15 نموذج التعليمات العامة قبل القسطرة
16 Advices for Patients Post-Cardiac Cath.	CON/P/16	16 نموذج التعليمات العامة بعد القسطرة القسطرة
17 Pacemaker Consent	CON/P/17	17 الموافقة على تركيب ناظم للاقاع مؤقت
18 Advices for Patients With Pacemaker	CON/P/18	18 نموذج التعليمات للمرضى على جهاز منظم ضربات القلب
19 Anesthesia Consent	CON/P/19	19 الموافقة على التخدير
20 Surgery Consent	CON/P/20	20 الموافقة على اجراء عملية جراحية
21 High Risk Surgery Consent	CON/P/21	21 الموافقة على اجراء عملية جراحية عالية الخطورة
22 High Risk Consent for Cardiac Surgery	CON/P/22	22 الموافقة على اجراء عملية قلب مفتوح عالية الخطورة
23 CVC Insertion Report	CON/P/23	23 نموذج تقرير اجراء قسطرة مركزية
24 Peritoneal Cath Insertion Report	CON/P/24	24 نموذج تقرير اجراء قسطرة بيريونوية
25 Endoscopy Report	CON/P/25	25 نموذج تقرير اجراء منظار
26 Biopsy Taking Report	CON/P/26	26 نموذج تقرير اجراء خزعة
27 Cardiac Cath Report	CON/P/27	27 نموذج تقرير اجراء قسطرة قلبية
28 Pacemaker Report	CON/P/28	28 نموذج تقرير تركيب ناظم للاقاع مؤقت
3 PATIENT CLEARANCE		نماذج الخروج والنقل والوفاة



DEPARTMENT	CODE	الأقسام
1 Admission Form	PTC/P/1	1 نموذج الدخول
2 Discharge Form	PTC/P/2	2 نموذج الخروج
3 Discharge Notes/Summary Form	PTC/P/3	3 نموذج ملخص خروج المريض
4 Patient Discharge Clearance	PTC/P/4	4 نموذج براءة خروج المريض
5 Internal Transfer Form	PTC/P/5	5 نموذج تحويل داخلي
6 Internal Transfer Form	PTC/P/6	6 نموذج تحويل خارجي
7 Medical Report of An Inpatient Case	PTC/P/7	7 نموذج تقرير طبي لحالة في المستشفى
8 Medical Report of An Out-patient Case	PTC/P/8	8 نموذج تقرير طبي لحالة خارج المستشفى
9 Death Report Form	PTC/P/9	9 نموذج تقرير وفاة المستشفى
10 Death Notification Form	PTC/P/10	10 نموذج تبليغ عن حالة وفاة
11 Fetal Death Notification Form	PTC/P/11	11 نموذج تبليغ عن حالة طفل ولد ميتا
12 Death Certificate Form	PTC/P/12	12 نموذج شهادة الوفاة
4 ER FILE	ER	ملف الطوارئ
1 Patient Data Form	ER/P/1	1 الغلاف وبيانات المريض
2 Patient History Form	ER/P/2	2 نموذج القصة المرضية
3 Physical Exam Form	ER/P/3	3 نموذج الفحص السريري
4 ER Physician Notes Form	ER/P/4	4 نموذج ملاحظات الطبيب
5 Physician Order Form	ER/P/5	5 نموذج أوامر الطبيب (الخطة العلاجية)
6 ER Consultation Notes	ER/P/6	6 ملاحظات الاستشارة
7 CPR Notes Form	ER/P/7	7 نموذج الانعاش القلبي الرئوي
8 Trauma Card Form	ER/P/8	8 نموذج تقرير حالات الاصابات
9 Referral Notes Form	ER/P/9	9 نموذج الاحالة
10 Patient Transfer (External) Form	ER/P/10	10 نموذج نقل المريض على الاسعاف
11 Pressure Sore Form (Patient's Relatives)	ER/P/11	11 نموذج اقرار بالاصابة بقرح الفراش
NURSING FORMS IN ER	N	نماذج التمريض في الطوارئ
1 ER Receiving (Nursing) Form	ER/N/1	1 نموذج استقبال الحالة في الطوارئ للتمريض
2 ER IV/Medications Administration (Nursing) For	ER/N/2	2 نموذج تنفيذ اوامر الطوارئ (تمريض)
3 Nurse Observation Sheet	ER/N/3	3 نموذج ملاحظات التمريض
5 INPATIENT DEP. FILE	INW	ملف الرقود
1 Admission Consent	IN/P/1	1 نموذج الموافقة على دخول المستشفى وتلقي العلاج
2 Admission Order Form	IN/P/2	2 نموذج أمر الرقود
3 Patient Data Form	IN/P/3	3 الغلاف وبيانات المريض
4 Patient History Form	IN/P/4	4 نموذج تفاصيل القصة المرضية
5 Physical Exam Form	IN/P/5	5 نموذج تفاصيل الفحص السريري
6 Adult VTE Risk Assessment	IN/P/6	6 نموذج تقييم خطر تخثر الدم والاصابة بجلطات الاطراف (الكبار)
7 VTE Prophylaxis Protocol	IN/P/7	7 بروتوكول الوقاية من حدوث تخثرات الاطراف والشريان الرئوي
8 Physician Care Plan Form	IN/P/8	8 خطة الرعاية الطبية
9 Physician Progress Notes Form	IN/P/9	9 نموذج ملاحظات الطبيب لتقدم الحالة (متابعة الحالة اليومية)
10 Physician Order Form	IN/P/10	10 نموذج أوامر الطبيب (الخطة العلاجية)
11 Medication Sheet Form	IN/P/11	11 نموذج جدول الأدوية (الخطة العلاجية)
12 Consultation Request	IN/P/12	12 نموذج طلب استشارة طبية
13 Consultation Report	IN/P/13	13 نموذج ملاحظات استشارة طبية
NURSING FORMS IN INPATIENT DEP.	N	نماذج التمريض
1 Inpatient Initial Nursing Assessment Form	IN/N/1	1 نموذج تقييم الحالة الأولي للتمريض
2 Inpatient Initial Nutritional Screening Form	IN/N/2	2 نموذج تقييم الحالة التغذوية للتمريض
3 Inpatient Initial Fulldown Assessment Form	IN/N/3	3 نموذج تقييم الحالة لخطر السقوط للتمريض



DEPARTMENT	CODE	الأقسام
4 Inpatient Initial Pain Scoring Form	IN/N/4	4 نموذج تقييم الحالة لدرجة الألم للمريض
5 Nursing Care Plan Form	IN/N/5	5 خطة الرعاية التمريضية
7 Nurse Observation Sheet	IN/N/7	7 ملاحظات التمريض
8 Vital Signs Follow up Sheet Form	IN/N/8	8 نموذج قائمة العلامات الحيوية
9 Vital Signs Chart Form	IN/N/9	9 نموذج خريطة العلامات الحيوية
10 Fluid Balance Chart	IN/N/10	10 نموذج خريطة توازن السوائل
11 Blood Sugar Chart	IN/N/11	11 نموذج خريطة سكر الدم والعلاج
12 IV FLUID Sheet (Prescription & Administration) Fo	IN/N/12	12 نموذج قائمة السوائل الوريدية
13 Drug Distribution Form	IN/N/13	13 قائمة توزيع الأدوية
14 Wound/Injury Care Traker Chart	IN/N/14	14 نموذج رعاية الجروح والاصابات
15 Case Handover Checklist	IN/N/15	15 قائمة استلام وتسليم الحالة
16 Patient Education Form	IN/N/16	16 نموذج التثقيف الصحي للمريض
6 SURGICAL INPATIENT WARD	SIN	6 قسم (رقود) الجراحة
1 Patient Data Form	SIN/P/1	1 الغلاف وبيانات المريض
Patient Assessment Form in General Surgery Department		2 نموذج تقييم المرضى في قسم الجراحة (القصة المرضية والفحص السريري)
2 Patient History Form	SIN/P/2	2 نموذج تفاصيل القصة المرضية
3 Physical Exam Form	SIN/P/3	3 نموذج تفاصيل الفحص السريري
7 OT/RR FILE	OT/RR	7 ملف العمليات والافاقه
1 Anesthesia Consent	CON/P/1	1 نموذج الموافقة على اجراء التخدير
2 Surgery Consent	CON/P/2	2 الموافقة على اجراء عملية جراحية
3 High Risk Surgery Consent	CON/P/3	3 الموافقة على اجراء عملية جراحية عالية الخطورة
4 Medical Fitness Form	OT/P/1	4 نموذج اللياقة الباطنية
5 Pre-Anesthesia Assessment Fitness Form	OT/P/2	5 نموذج فحص الحالة قبل العملية من قبل المخدر
6 Pre-Anesthesia Assessment Record (Physician) Fo	OT/P/3	6 نموذج فحص الحالة قبل العملية من قبل المخدر (موافقة التخدير)
7 Intra operative Ansthesia Record (Physician) For	OT/P/4	7 نموذج متابعة الحالة اثناء العملية من قبل المخدر
8 Post-Anesthesia Follow up Form	OT/P/5	8 نموذج متابعة الحالة بعد العملية من قبل المخدر
9 Surgical Patient Sافتy Checklist	OT/P/6	9 نموذج القائمة التفتيدية للجراحة الأمانة (هامه جدا)
10 Operation Notes/Report Form	OT/P/7	10 نموذج تقرير العملية من قبل الجراح
11 Physician Order & Daily Progress Notes Form	IN/P/8	11 نموذج أوامر الطبيب وملاحظات المتابعة اليومية للطبيب
12 In Patient Transfer Form	PTC/P/3	12 نموذج تحويل داخلي
NURSING FORMS IN OT & RECOVERY ROO	N	نماذج التمريض في العمليات & الافاقه
1 Preoperative (Nursing) Checklist	OT/N/1	1 نموذج كشف تحضير المريض قبل اجراء عملية جراحية
2 OT Count Sheet (Nursing) Form	OT/N/2	2 نموذج احصاء عدد أدوات ومستلزمات عملية جراحية
3 Intra operative Record (Nursing) Form	OT/N/3	3 نموذج ملاحظات التمريض أثناء اجراء عملية جراحية
4 Post-Anesthesia Care (Nursing) Form	OT/N/4	4 نموذج الرعاية التمريضية بعد العملية (في غرفة الافاقه)
5 Recovery Room Notes Form (by Anasthesia Tech	RR/N/1	5 نموذج متابعة الحالة في الافاقه من قبل فني التخدير
Care Flow Sheet 1&2	RR/N/2	6 نموذج متابعة حالة المريض في الافاقه/العناية
6 Vital Signs/Blood Sugar Chart Form	RR/N/3	6 نموذج متابعة العلامات الحيوية وسكر الدم في الافاقه/العناية
7 Input/Output Balance Sheet Form	RR/N/4	7 نموذج متابعة السوائل (الداخلة والخارجة) للمريض في الافاقه/العنا
8 Patient's Investigations List (Lab Results) Flow Sheet	RR/N/5	8 نموذج متابعة قائمة نتائج الفحوصات للمريض في الافاقه/العناية
9 Medication Chart (Regular Drug) Sheet	RR/N/6	9 نموذج متابعة/توثيق قائمة الأدوية (المنتظمة)
14 Wound/Injury Care Traker Chart	IN/N/14	14 نموذج رعاية الجروح والاصابات
10 Medication Chart (One Time/Omited Drug) Sheet	RR/N/7	10 نموذج متابعة/توثيق قائمة الأدوية (المعطاة لمرة واحدة فقط أو التي تم إيقافها)



DEPARTMENT	CODE	الأقسام
8 GYNECOLOGY WARD	GIN	قسم أمراض النساء
1 Patient Data Form	GIN/P/1	1 الغلاف وبيانات المريض
2 Admission Request Form	GIN/P/2	2 نموذج دخول المريض
3 Patient Assessment Form in Gynecology Department	GIN/P/3	3 نموذج تقييم حالات أمراض النساء (القصة المرضية والفحص السريري)
4 VTE Risk Assessment in Gynecology	GIN/P/4	4 نموذج تقييم خطر التخثر الوريدي لدى أمراض النساء
5 Thromboembolism Prophylaxis in Gynecology	GIN/P/5	5 الوقاية من التخثر الوريدي في قسم أمراض النساء
6 Physician Order & Progress Form	GIN/P/6	6 نموذج أوامر الطبيب والمتابعة اليومية
7 Consultation Request & Notes	GIN/P/7	7 نموذج طلب استشارة وملاحظات الاستشارة
8 Operation Notes	GIN/P/8	8 نموذج تقرير العملية الجراحية
9 Surgical Safety Checklist Form	GIN/P/9	9 قائمة تحقق أمان الجراحة
10 Sponge Count Sheet Form	GIN/P/10	10 نموذج عد المستلزمات الجراحية
11 Surgical Site Infection Surveillance Operating Room Forum	GIN/P/11	11 نموذج ترصد عدوى موقع الجراحة في غرف العمليات
12 Discharge Summary Form	GIN/P/12	12 نموذج ملخص خروج المريض
9 OBSTETRIC ER FILE	OBS	ملف الطوارئ التوليدية
1 Patient Data Form	OBS/P/1	1 الغلاف وبيانات المريض
2 Patient Assessment Form in Obstetric Department	OBS/P/2	2 نموذج تقييم المرضى في قسم الولادة (القصة المرضية والفحص البدني)
3 Antenatal Risk Assessment for VTE	OBS/P/3	3 نموذج تقييم خطر التخثر الوريدي قبل الولادة
4 Postnatal Risk Assessment for VTE	OBS/P/4	4 نموذج تقييم خطر التخثر الوريدي بعد الولادة
5 Delivery Notes	OBS/P/5	5 نموذج ملاحظات الولادة الطبيعية
6 Instrumental Delivery Sheet	OBS/P/6	6 نموذج ملاحظات الولادة المساندة
7 Blood Transfusion Sheet	OBS/P/7	7 نموذج نقل دم
8 Maternity Magnesium Sulphate Monitoring Sheet	OBS/P/8	8 نموذج متابعة اعطاء الماغنيسيوم سلفايت
9 PARTOGRAM	OBS/P/9	9 مخطط الولادة
10 Physician Order & Progress Form	OBS/P/10	10 نموذج أوامر الطبيب والمتابعة اليومية
11 Consultation Request & Notes	OBS/P/11	11 نموذج طلب استشارة وملاحظات الاستشارة
12 Referral Notes Form	OBS/P/12	12 نموذج الاحالة
13 Obstetric Discharge Report Form	OBS/P/13	13 نموذج تقرير الخروج من الطوارئ التوليدية
NURSING FORMS	N	نماذج التمريض
1 Delivery Notification Form	OBS/N/1	1 استمارة الإبلاغ والتحرري عن الولادات
2 Maternity Death Notification Form	OBS/N/2	2 استمارة الإبلاغ الفوري لوفيات الأمهات
3 Congenital Anomalies Notification Form	OBS/N/3	3 استمارة الإبلاغ والتحرري عن تشوهات الأجنة
4 Intrapartum Care Form	OBS/N/4	4 استمارة الرعاية أثناء المخاض
5 Neonatal Care Form	OBS/N/5	5 استمارة الرعاية الأساسية لحديثي الولادة
10 PEDIATRIC WARD	PW	قسم الأطفال
1 Patient Data Form	PIN/P/1	1 الغلاف وبيانات المريض
2 Admission form	PIN/P/2	2 نموذج الدخول
3 Discharge Form	PIN/P/3	3 نموذج الخروج
4 Patient Assessment Form in Pediatric Department	PIN/P/4	4 نموذج تقييم المرضى في قسم الأطفال (القصة المرضية والفحص السريري)
5 Physical Exam Form	PIN/P/5	5 نموذج تفاصيل الفحص السريري
6 Pediatric VTE Risk Assessment	PIN/P/6	6 نموذج تقييم خطر تخثر الدم والاصابة بجلطات الاطراف (الأطفال)
7 Physician Order & Daily Progress Notes Form	PIN/P/7	7 نموذج أوامر الطبيب وملاحظات المتابعة اليومية للطبيب
8 Physician Order Form	PIN/P/8	8 نموذج أوامر الطبيب (الخطة العلاجية)
9 Physician Progress Notes Form	PIN/P/9	9 نموذج ملاحظات الطبيب لتقدم الحالة (متابعة الحالة اليومية)
10 Medication Sheet Form	PIN/P/10	10 نموذج جدول الأدوية (الخطة العلاجية)



DEPARTMENT	CODE	الأقسام
NURSING FORMS IN INPATIENT DEP.	N	نماذج التمريض في قسم الأطفال
1 Inpatient Initial Nursing Assessment Form	PIN/N/1	1 نموذج تقييم الحالة الأولى (للأطفال) عند الدخول للتمريض
2 Inpatient Initial Nutritional Screening Form	PIN/N/2	2 نموذج تقييم الحالة التغذوية للتمريض
3 Inpatient Initial Fulldown Assessment Form	PIN/N/3	3 نموذج تقييم الحالة لخطر السقوط للتمريض
4 Inpatient Initial Pain Scoring Form	PIN/N/4	4 نموذج تقييم الحالة لدرجة الألم للتمريض
5 Inpatient Daily Nursing Assessment Form	PIN/N/5	5 نموذج التقييم التمريضي اليومي للأطفال (التمريض)
6 Nursing Care Plan Form	PIN/N/6	6 خطة الرعاية التمريضية
7 Nurse hourly follow up Chart	PIN/N/7	7 قائمة المتابعة للحالة
8 Nurse Observation Sheet	PIN/N/8	8 ملاحظات التمريض
9 Care Flow Sheet 1&2	PIN/N/9	9 نموذج متابعة حالة المريض
10 Vital Signs Follow up Sheet Form	PIN/N/10	10 نموذج قائمة العلامات الحيوية
11 Vital Signs/Blood Sugar Chart Form	PIN/N/11	11 نموذج متابعة العلامات الحيوية وسكر الدم
12 Vital Signs Chart Form	PIN/N/12	12 نموذج خريطة العلامات الحيوية
13 Blood Sugar Chart	PIN/N/13	13 نموذج خريطة سكر الدم والعلاج
14 Input/Output Balance Sheet Form	PIN/N/14	14 نموذج متابعة السوائل (الداخلية والخارجية) للمريض
15 Fluid Balance Chart	PIN/N/15	15 نموذج خريطة توزان السوائل
16 IV FLUID Sheet (Prescription & Administration)	PIN/N/16	16 نموذج قائمة السوائل الوريدية
Drug Distribution Form (Medication & Administ	PIN/N/17	قائمة توزيع الأدوية
17 Medication Chart (Regular Drug) Sheet	PIN/N/18	17 نموذج متابعة/توثيق قائمة الأدوية (المنتظمة)
18 Medication Chart (One Time/Omited Drug) Shee	PIN/N/19	18 نموذج متابعة/توثيق قائمة الأدوية (المعطة لمرة واحدة فقط أو التي
11 ICU FILE	ICU	ملف العناية
1 ICU Transfer Form	ICU/P/1	1 نموذج التحويل الى العناية (من الأقسام الداخلية والعمليات)
2 ICU Admission Order Form	ICU/P/2	2 نموذج أمر الرقود الى العناية (من الطوارئ)
3 Patient Data Form	ICU/P/3	3 الغلاف وبيانات المريض
4 Patient History Form	ICU/P/4	4 القصة المرضية
5 Physical Exam Form	ICU/P/5	5 الفحص السريري
6 ICU Physician Notes Form	ICU/P/6	6 ملاحظات الطبيب
7 Physician Order Form	ICU/P/7	7 الخطة العلاجية
8 ICU Progress Notes	ICU/P/8	8 نموذج المتابعة اليومية للحالة في العناية
10 CPR Notes Form	ICU/P/10	10 نموذج الانعاش القلبي الرئوي
NURSING Forms In ICU	N	نماذج التمريض في العناية المركزة
1 ICU Patient Problem List Form	ICU/N/1	1 نموذج قائمة المشاكل الصحية للمريض في العناية
2 Care Flow Sheet 1&2	ICU/N/2	2 نموذج تفاصيل حالة المريض في العناية
9 Vital Signs Chart Form	IN/N/9	9 نموذج خريطة العلامات الحيوية
3 ICU Follow up Daily Sheet	ICU/N/3	3 نموذج تقييم حالة المريض اليومي
4 Lab Result Flow Sheet	ICU/N/4	4 نموذج قائمة نتائج الفحوصات للمريض في العناية
5 Physician Physical Restraint Order & Nurse Follow	ICU/N/5	5 نموذج أمر تقييد المريض ومتابعة التمريض
6 Patient Changing Position Form	ICU/N/6	6 نموذج جدول تقليب المريض
RESPIRATORY Therapy Forms In ICU	RT	نماذج الرعاية التنفسية
1 ABG Follow up Chart	ICU/RT/1	1 نموذج فحص غازات الدم
2 Ventilator Checklist	ICU/RT/2	2 نموذج قائمة التحقق من جهاز التنفس الصناعي
3 Ventilated Patient Daily Chart	ICU/RT/3	3 نموذج التحقق اليومي لوضع المريض على جهاز التنفس الصناعي
4 Respiratory Care Daily Flow Chart	ICU/RT/4	4 نموذج المتابعة اليومية للرعاية التنفسية
Physical Rehabilitation Forms In ICU	PRH	نماذج العلاج الطبيعي
1 Physical Rehabilitation FORM IN ICU	ICU/RH/1	1 نموذج العلاج الطبيعي
Clinical Pharmacy Forms In ICU	CPH	نماذج الصيدلة السريرية
1 Ph. Treatment & Follow up Progress Notes	ICU/CPH/1	1 نموذج اخصائي الصيدلة السريرية في العناية
2 Controlled Psychotropic Prescription Sheet	ICU/CPH/2	2 وصفة طبية خاصة بالمؤثرات العقلية



DEPARTMENT	CODE	الأقسام
12 BLOOD BANK FILE	BB	ملف بنك الدم
1 Blood Transfusion Request (Blood Order) Form	BB/P/1	1 نموذج طلب دم أو أحد مكوناته
2 Blood Delivery Form	BB/P/2	2 نموذج اعطاء الدم للمريض
3 Blood/Blood Product Transfusion (Specific-Inform)	BB/P/3	3 اقرار الموافقة على نقل الدم أو احدى مكوناته
4 Request of Blood Donation	BB/P/4	4 نموذج طلب التبرع بالدم لمريض
LAB & RADIOLOGY	COVER	الفحوص المخبرية والأشعة
1 Investogram	DIAG/N/1	1 نموذج قائمة الفحوصات المطلوبة للمريض
13 LAB FILE	LAB	ملف المختبر
1 Request of Hematology Tests	LAB/P/1	1 طلب فحوص الدم العام
2 Request of Biochemistry Tests	LAB/P/2	2 طلب فحوص الكيمياء
3 Request of Serology Tests	LAB/P/3	3 طلب فحوص الفيروسات والهرمونات
5 Request of Histopathology Tests	LAB/P/5	5 طلب فحوص الأنسجة
6 Request of Urinalysis	LAB/P/6	6 طلب فحوص البول
7 Request of Semen Analysis	LAB/P/7	7 طلب فحص السائل المنوي
8 Request of Stool Analysis	LAB/P/8	8 طلب فحوص البراز
15 Request of Microbiology Tests	LAB/P/15	15 طلب فحص ميكروبيولوجي
16 BONE MARROW BIOPSY REQUEST FORM	LAB/P/16	16 نموذج طلب فحص عينة من نخاع العظم
1 Report of Hematology Tests	LAB/LT/1	1 نموذج نتائج فحوص الدم العام
2 Report of Biochemistry Tests	LAB/LT/2	2 نموذج نتائج فحوص الكيمياء
3 Report of Serology Tests	LAB/LT/3	3 نموذج نتائج فحوص الفيروسات والهرمونات
4 Report of Histopathology Tests	LAB/LT/4	4 نموذج نتائج فحوص الأنسجة
5 Report of Urinalysis	LAB/LT/5	5 نموذج نتائج فحوص البول
6 Report of Semen Analysis	LAB/LT/6	6 نموذج نتائج فحوص السائل المنوي
7 Report of Stool Analysis	LAB/LT/7	7 نموذج نتائج فحوص البراز
8 Report of Microbiology Tests	LAB/LT/14	8 نموذج نتائج فحوص الميكروبيولوجي
14 RADIOLOGY FILE	RAD	ملف الأشعة
1 Request of X-Ray Testing	RAD/P/1	1 طلب فحص الأشعة السينية
2 Request of Fluoroscopy Testing	RAD/P/2	2 طلب فحص الأشعة السينية بالصبغة
3 Request of Ultrasound Testing	RAD/P/3	3 طلب فحص الأشعة التلغزيونية
4 Request of Echocardiography Testing	RAD/P/4	4 طلب فحص الأشعة التلغزيونية للقلب
5 Request of Intra-Esophageal Echocardiography Test	RAD/P/5	5 طلب فحص الأشعة التلغزيونية للقلب عبر المريء
6 Consent of Intra-Esophageal Echocardiography Test	RAD/P/6	6 اقرار بالموافقة على فحص الأشعة التلغزيونية للقلب عبر المريء
7 Request of Doppler Testing	RAD/P/7	7 طلب فحص الأشعة التلغزيونية للأوعية الدموية
8 Request of Fibroscan Testing	RAD/P/8	8 طلب فحص الأشعة التلغزيونية للكبد (فيبروسكان)
9 Request of CT Scan Testing	RAD/P/9	9 طلب فحص الأشعة المقطعية
10 Request of CT Angiography Scan Testing	RAD/P/10	10 طلب فحص الأشعة المقطعية بالصبغة
11 Consent of Contrast/Gadolinium Use	RAD/P/6	11 اقرار بالموافقة على فحص الأشعة
12 Request of MRI Testing	RAD/P/11	12 طلب فحص الرنين المغناطيسي
13 Request of DEXA Scan Testing	RAD/P/12	13 طلب فحص هشاشة العظام
14 Request of Mamography Testing	RAD/P/13	14 طلب فحص الأشعة السينية للثدي



DEPARTMENT	CODE	الأقسام
1 Report of X-Ray Testing	RAD/RS/1	1 نموذج تقرير فحص الأشعة السينية
2 Report of Fluoroscopy Testing	RAD/RS/2	2 نموذج تقرير فحص الأشعة السينية بالصيغة
3 Report of Ultrasound Testing	RAD/RS/3	3 نموذج تقرير فحص الأشعة التلفزيونية
4 Report of Echocardiography Testing	RAD/RS/4	4 نموذج تقرير فحص الأشعة التلفزيونية للقلب
5 Report of Intra-Esophageal Echocardiography Testi	RAD/RS/5	5 نموذج تقرير فحص الأشعة التلفزيونية للقلب عبر المريء
6 Report of Doppler Testing	RAD/RS/6	6 نموذج تقرير فحص الأشعة التلفزيونية للأوعية الدموية
7 Report of Fibroscan Testing	RAD/RS/7	7 نموذج تقرير فحص الأشعة التلفزيونية للكبد (فيبروسكان)
8 Report of CT Scan Testing	RAD/RS/8	8 نموذج تقرير فحص الأشعة المقطعية
9 Report of CT Angiography Scan Testing	RAD/RS/9	9 نموذج تقرير فحص الأشعة المقطعية بالصيغة
10 Report of MRI Testing	RAD/RS/10	10 نموذج تقرير فحص الرنين المغناطيسي
11 Report of DEXA Scan Testing	RAD/RS/11	11 نموذج تقرير فحص هشاشة العظام
12 Report of Mamography Testing	RAD/RS/12	12 نموذج تقرير فحص الأشعة السينية للثدي



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:
CONSENT FORMS			نماذج الموافقة على اجراء طبي	



الجمهورية اليمنية

نماذج الاقرار والموافقة

الملف الطبي الموحّد



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Refuse of Hospital Admission Form

CON/P/1

نموذج إقرار رفض دخول المستشفى

إقرار رفض دخول المستشفى

أقر أنا / الموقع ادناه

باتي ارفض دخول المستشفى بسبب

رغم نصح الاطباء لي بضرورة الحجز وذلك لاستكمال العلاج بمعرفتي وليس على المستشفى أي مسنولية حدوث

مضاعفات قد تحدث لي بعد الخروج والتي قد تؤدي الي الوفاة.

وهذا إقرار مني بذلك،

اسم المريض/ التوقيع/ رقم البطاقة/.....

اسم الشاهد ان وجد/ التوقيع/ رقم البطاقة/.....

اسم الطبيب/ التوقيع/ رقم البطاقة/.....

الوقت/..... التاريخ: / /



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:
Request of DAMA Form		CON/P/2	نموذج اقرار طلب الخروج من المستشفى حسب الطلب	

Discharge Against Medical Advice Form اقرار خروج حسب الطلب

اقر انا الموقع ادناه بأنني ارغب في خروجي (خروج المريض):

من المستشفى بالرغم من نصيحة الطبيب المعالج بضرورة استكمال العلاج في المستشفى.

وأقر بأن المستشفى غير مسئول عن أي ضرر أو مضاعفات قد تنتج عن تصرفي هذا والتي أخبرني عن امكانية حدوثها الأطباء في حال خرج المريض وهي:

.....
.....
.....
.....

الاسم الرباعي:	مندوب البحث الجنائي بالمستشفى:
توقيع المريض (أو ولي أمره):	الاسم:
صلة القرابة:	التوقيع:
رقم البطاقة الشخصية:	الختم:
التاريخ والوقت:	



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Refuse of Medical Intervention Form

CON/P/3

نموذج اقرار رفض اجراء تداخلي

إقرار رفض إجراء تداخلي

أقر أنا :

بانني قدرفضت.....

لـ (نفسي / أبني / أبنتي / زوجي / زوجتي /.....) والتي تستلزم حالتي (حالته) الصحية اجراءها
بواسطة د/.....

وقد قام الاطباء المعالجون بشرح طبيعة الاجراء الذي سيجري ووضحوا الطرق البديلة والمضاعفات العامة
التي قد تحدث في حالة رفض الاجراء وليس علي المستشفى اي مسنولية حدوث مضاعفات تحدث لي بناءا
علي رفضي هذا.

وهذا اقرار مني بذلك

المقر بما فيه:.....
الشاهدان وجد:.....
الرقم القومي:.....
التوقيع:.....
الرقم القومي:.....
صلة القرابة:.....

اسم طبيب المعالج:.....
التوقيع:.....
التخصص:.....
التاريخ: / / الوقت:.....



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Refuse of Medical Therapy Form

CON/P/4

نموذج اقرار رفض العلاج

إقرار رفض العلاج

أقر أنا الموقع أدناه /
بصفتي / (صلة القرابة للمريض)
بأنني ارفض تلقي العلاج
من قبل الهيئة الطبية المشرفة على علاج ومتابعة المريض بالرغم من نصيحة الطبيب المعالج بضرورة استكمال العلاج وأقر بأن
الاطباء قد عرضوا على البدائل المتاحة و المضاعفات الناتجة عن توقف العلاج وان المستشفى غير مسنولة عن أي ضرر أو مضاعفات
قد تنتج عن تصرفي هذا.

وهذا إقرار مني بذلك،،،،،

اسم المريض / اسم الشاهد ان وجد: اسم الطبيب /

التوقيع / التوقيع / التوقيع /

رقم البطاقة / رقم البطاقة /

التاريخ: / / الوقت:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Pressure Sore Form (Patient's Relatives)

CON/P/5

نموذج اقرار بالاصابة بقرح الفراش

إقرار وجود قرح فراش قبل دخول المستشفى

أقر أنا الموقع أدناه وصلة قرابتي.....

بأن المريض تاريخ دخوله المستشفى: / /

تم دخوله للمستشفى وهو يعاني من قرح فراش في.....

.....
.....

إسم المريض:

التوقيع:

رقم البطاقة:

إسم الطبيب:

التوقيع:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Admission Consent	CON/P/6	نموذج الاقرار بالموافقة على دخول المستشفى والعلاج فيه
-------------------	---------	---

إقرار بالموافقة على دخول المستشفى وتلقي العلاج

أقر وأوافق أنا الموقع أدناه (المريض أو أحد أقاربه من الدرجة الأولى)
.....
صلة القرابة :

بالموافقة على دخول وإتباع نظام وتعليمات المستشفى أثناء تواجدي بها وما تراه المستشفى لصالح المريض وتنفيذ ما يقره الأطباء المعالجون من علاج وفحوصات طبية لازمة باختلاف أنواعها وكذلك حسب الأصول العلمية والطبية المتبعة في مثل هذه الحالات كما أقر أن المستشفى قد وضحت لي التكلفة المتوقعة طبقاً لأسعار المستشفى مع علمي باحتمال حدوث مضاعفات خارجة عن إرادة الطبيب.
وذلك للمريض :

وهذا إقرار مني بذلك ،،،،

تحريراً في / /
توقيع المقر بما فيه:.....

ممتلكات المريض الثمينة :

- عدم احضار أموال أو الممتلكات الثمينة إلى المستشفى (مثل التليفون المحمول و المجوهرات ... الخ) و لكن اذا كان لا مفر من ذلك فيجب عليهم انفسهم التأكد من أن ممتلكاتهم الثمينة مؤمن عليها تأميناً كاملاً بإيداعها لدى خزانة الأمن ، فلن تقبل المستشفى أيه مسئولية مهما كانت عن فقد تلك الممتلكات الثمينة أو المتاع الشخصي الذي يحضرونه المرضى معهم إلى المستشفى مهما كان السبب سواء نتج عن اهمال أو عدم امانة.
- الموقع أدناه يشهد بأنه يفهم هذا النموذج تماماً و أنه حصل على نسخة منه و أنه أي المريض أو وكيل عنه سوف يقوم بتنفيذ التعليمات المدونة أعلاه و أنه يوافق عليها .

واجبات المريض	حقوق المريض
<ul style="list-style-type: none">• احترام و اتباع السياسات و الاجراءات بالمستشفى• احترام نظام المستشفى• احترام المرضى الآخرين و جميع العاملين بالمستشفى• اتباع الخطة العلاجية المخططة للمريض• احترام مواعيد الزيارة الرسمية• عدم دخول المأكولات من خارج المستشفى حفاظاً على صحة المرضى• عدم دخول الأطفال أقل من 10 سنوات ما عدا ايام الجمع و العطلات الرسمية• عدم دخول المواقد و السخانات و خلافه• عدم الخروج من المستشفى أثناء الإقامة الا بإذن من ادارة المستشفى• عدم الاحتفاظ بأى مبالغ كبيرة أو أشياء ذات قيمة و تسليمها لإدارة المستشفى كأمثبات• الالتزام بالحفاظ على أثاث المستشفى	<ul style="list-style-type: none">• الحقوق التي تحددها اللوائح و القوانين• الحق في الحصول على الرعاية اذا كانت متوفرة في المستشفى• الحق في معرفة اسم الطبيب المعالج ، الطبيب المشرف و / الطبيب المسئول• الحق في الحصول على الرعاية التي تحترم قيم المريض و معتقداته الشخصية• الحق في معرفة القرارات المتعلقة برعايتهم و المشاركة في اتخاذها• الحق في رفض الرعاية و عدم الاستمرار في العلاج• الحق في الأمن و الخصوصية الشخصية و السرية و الكرامة• الحق في تبقى العلاج الملانم للألم• الحق في تقديم شكوى أو اقتراح دون خوف من التعرض للاضطهاد• الحق في معرفة أسعار الخدمات و الاجراءات

امضاء المريض / ممثل عنه :

الاسم و العنوان :



File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Intervention Consent

CON/P/8

الموافقة على اجراء طبي تداخلي

إقرار بالموافقة على إجراء تداخلي

أنه في يوم: الموافق / /

أقر أنا الموقع أدناه: رقم قومي:

بموافقتي الحرة التامة على إجراء:

(لى أو والدى / أبني / أبنتي / زوجتي /

و التي تستلزم حالتى (حالته) الصحية اجراءها بواسطة: د.

وقد شرح لى الاطباء المعالجين طبيعة الاجراء الذى سيجرى لى و أوضحوا لى المخاطرة و المضاعفات العامة التي قد تنجم عنه مثل:

.....

..... لا قدر الله

كما شرحوا لى الطرق البديلة للإجراء و أجابو على جميع أسئلتى و استفساراتى.

و أقر كذلك بأن طبيب التخدير قد شرح لى نوع التخدير الذى سيجرى لى و أقر بموافقتى عليه (تخدير كلى/ نصفى / موضعى أو غيره)

وأوضح لى مدى اهتمام المستشفى بتوفير أعلى درجات الأمان فى جميع اجراءات التخدير – ورغم ذلك فان هناك بعض المضاعفات التي لا تضمن عدم حدوثها كما اجاب على تساؤلاتى.

كما أقر بموافقتى على اجراء ما يراه الاطباء أو طبيب التخدير ضروريا أثناء الاجراء بما فى ذلك الموافقة على نقل الدم لى اذا رأى الاطباء ضرورته القسوى أثناء أو بعد الاجراء أو اجراء عملية ثانوية اذا لزم الامر .

اسم المريض (أو ممثله القانونى): التوقيع:

التاريخ: / /

أقر أنا الطبيب المعالج: بأنى قد شرحت للمريض:

شخصيا (أو والدة / أبنة / أبنته / زوجته /) طبيعة الاجراء و نتيجته المتوقعة و المضاعفات المحتملة له و قد أجبت على جميع أسئلته و ذلك بأسلوب و لغة يفهمها المريض جيدا ووافق عليها.

اسم الطبيب المعالج (بخط واضح): التوقيع:

أقر أنا طبيب التخدير: بأنى قد شرحت للمريض:

شخصيا (أو والدة / أبنة / أبنته / زوجته /) نوع التخدير الذى سيجرى له و المضاعفات المحتملة و قد أجبت على جميع تساؤلاته و ذلك بأسلوب و لغة يفهمها المريض جيدا ووافق عليها.

اسم طبيب التخدير (بخط واضح): التوقيع:

التاريخ: / /



File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

CVC Insertion Consent	CON/P/9	الموافقة على اجراء قسطرة مركزية
------------------------------	----------------	--

الموافقة على ادخال/تركيب قسطرة مركزية
.....
.....

مضاعفات اجراء التدخل الطبي:	دواعي عمل التدخل الطبي:
يعتمد بصورة رئيسية على الموضع المقرر ادخال أو تركيب القسطرة فيه (العنق، أعلى الصدر تحت الترقوة، المنطقة الاربية) كما يلي: (1) نزيف دموي داخلي من الوريد أو الشريان (أكثر في حالة قسطرة تحت الترقوة، ثم قسطرة العنق، ثم الاربية). (2) الاسترواح الرئوي (أكثر في حالة تحت الترقوة، ثم قسطرة العنق). (3) الخمج والالتهاب (المنطقة الاربية أكثر احتمالا مع احتماليته أيضا في جميع القساطر).	(1) مراقبة الضغط الوريدي المركزي لمريض العناية المركزة وخصوصا من يعاني من أحد أنواع الصدمة (للتشخيص والتفريق). (2) ادارة المحاليل الوريدية في علاج الصدمة وهبوط الدورة الدموية للحالات الحرجة. (3) اعطاء عدد من الأدوية الخاصة بعلاج الحالات الحرجة كداعمات الضغط ومحاليل الشوارد وغيرها. (4) في المرضى الذين لم تعد القساطر الطرفية سهلة الوضع والتركيب كحالات التوذم العام وغيرها. (5) أخرى: كالغسيل الكلوي الدموي.

الية اجراء التدخل الطبي:
(1) تسمى بطريقة سليدنجر وبواسطتها يتم ادخال الابرة ثم يدخل مقود القسطرة وتسحب الابرة وبعد ذلك يتم ادخال القسطرة عبر المقود المعدني وبعد تموضعها يسحب المقود وتثبت القسطرة عبر الجلد. (2) هناك اجراءات أخرى قد تتخذ وفقا للتوصيات العالمية أهمها: وضع تاريخ وضع القسطرة على اللاصق فور تثبيتها، قط تطلب أشعة للصدر للتأكد من موضع القسطرة وعدم حصول استرواح رئوي بدخول الهواء أثناء تركيب القسطرة، قد يطلب أثناء أو بعد تركيب القسطرة عمل فحص غازات الدم للتأكد من كونه دم وريدي وليس شرياني، عند ازالة القسطرة قد يطلب عمل مزرعة لرأس القسطرة لاستبعاد وجود خمج ومستعمرات بكتيرية داخل تجويف القسطرة.

أهم التوصيات الواجب على المريض التزامها بعد اجراء التدخل الطبي:	أهم التوصيات الواجب على المريض التزامها قبل اجراء التدخل الطبي:
(1)	(1)

أهم محاذير اجراء التدخل الطبي:
يجب أخذ الاحتياطات في الحالات التالية وليست موانع كلية لتركيب القسطرة. (1) أدوية مسيلة للدم كالهيبارين والورفارين وغيرها. (2) احتمالية كون المريض يعاني من مضاعفات الهيبارين (HIT).



File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:
Dialysis Consent		CON/P/10	الموافقة على اجراء غسيل كلوي	

DIALYSIS CONSENT

إقرار موافقة على الغسيل الكلوي

NAME:

I, THE UNDERSIGNED.....

I AUTHORIZE TGH MEDICAL STAFF TO PERFORM.

HEMODIALYSIS PERITONEAL DIALYSIS

ALSO I AUTHORIZE PHYSICIAN TO CARRY OUT OF ANY MEDICAL PROCEDURES RELATED TO THIS TREATMENT INCLUDING THE NECESSARY LABORATORY TESTS, DIAGNOSTIC X-RAY EXAMS, INSERTING EITHER TEMPORARY OR PERMANENT CATHETER TO PERFORM DIALYSIS ANY OTHER PROCEDURE.

IT HAS BEEN EXPLAINED TO ME ABOUT THE:

- NATURE OF THE PROCEDURE.
- BENEFITS OF THIS PROCEDURE.
- RISKS INVOLVED WITH HIS PROCEDURE.
- POTENTIAL RISKS OF NOT CARRYING OUT THIS PROCEDURE.
- POSSIBLE ALTERNATIVE TREATMENT MODALITIES.
- I ACKNOWLEDGE THAT ALL RELEVANT INFORMATION ABOUT THE PROCEDURE HAS BEEN GIVEN TO ME IN THE LANGUAGE THAT I UNDERSTAND,

I HAVE THE OPPORTUNITY TO ASK QUESTIONS CONCERNING ME / MY PATIENT'S CONDITION AND ABOUT THE PROCEDURE AND ALL QUESTIONS HAVE BEEN ANSWERED TO MY SATISFACTION.

الاسم:

أنا الموقع أدناه :

أفوض الأطباء في مستشفى طريف العام بإجراء غسيل كلوي
 غسيل ديلزة غسيل بريوني

كما أفوض الأطباء بالقيام بأي إجراء طبي يخص هذا العلاج ومنها
الفحوصات المخبرية والشعاعية اللازمة وكذلك تركيب قساطر دائمة

أو مؤقتة لإجراء الغسيل أو أي إجراء آخر.

لقد تم الشرح التام لي عن ما يلي:

طبيعة الإجراء.

الفوائد المرجوة من هذا الإجراء.

المخاطر المرتبطة بهذا الإجراء.

المخاطر المترتبة على عدم عمل هذا الإجراء.

البدائل الممكنة للعلاج.

وأقر بأن كافة المعلومات الهامة ذات الصلة بهذا الإجراء قد تم إيضاحها لي بلغة مفهومة من قبلي ، كما أتاحت لي الفرصة لطرح الأسئلة التي تخطر لي/ لمريضي ، وأنه قد تمت الإجابة على جميع استفساراتي بصورة مرضية

PATIENT'S/GUARDIAN'S NAME:

.....

RELATIONSHIP TO PATIENT:

.....

SIGNATURE:

اسم المريض/ولي الأمر:

صلة القرابة:

التوقيع:

التاريخ: / /

I HAVE SEEN THIS CONSENT BEFORE STARTING DIALYSIS AND EXPLAINED THIS TO PATIENT/GUARDIAN.

PHYSICIAN'S NAME:

SIGNATURE:

STAMP:

اطلعت على هذا الإقرار قبل إجراء غسيل الكلى وقمت بشرح ذلك للمريض / ولي أمره

اسم الطبيب:

التوقيع:

ختم الطبيب:

WITNESS'S NAME:

SIGNATURE:

Date: \ \ Time:

اسم الشاهد:

التوقيع:

التاريخ: / /

الوقت:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:
Peritoneal Cath Insertion Consent		CON/P/11	الموافقة على اجراء قسطرة بيريتونية	

الموافقة على ادخال/تركيب قسطرة بيريتونية للغسيل الكلوي	
.....	
مضاعفات اجراء التدخل الطبي: (1) الخمج والالتهاب. (2) (3) (4)	دواعي عمل التدخل الطبي: (1) (2) (3) (4)
الية اجراء التدخل الطبي: (1) (2) (3)	
أهم التوصيات الواجب على المريض التزامها بعد اجراء التدخل الطبي: (1) (2) (3)	أهم التوصيات الواجب على المريض التزامها قبل اجراء التدخل الطبي: (1) (2) (3)
الاسم الرباعي: رقم البطاقة: التوقيع: البصمة:	أهم محاذير اجراء التدخل الطبي: (1) (2) (3) (4)



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:
Endoscopy Consent		CON/P/12	الموافقة على اجراء منظار	

الموافقة على اجراء منظار للجهاز الهضمي أو البولي	
.....	
مضاعفات اجراء التدخل الطبي:	دواعي عمل التدخل الطبي:
(1)	(1)
(2)	(2)
(3)	(3)
(4)	(4)
الية اجراء التدخل الطبي:	
(1)	
(2)	
(3)	
(4)	
أهم التوصيات الواجب على المريض التزامها بعد اجراء التدخل الطبي:	أهم التوصيات الواجب على المريض التزامها قبل اجراء التدخل الطبي:
(1)	(1)
(2)	(2)
(3)	(3)
(4)	(4)
الاسم الرباعي:	أهم محاذير اجراء التدخل الطبي:
رقم البطاقة:	(1) أدوية
التوقيع:	(2)
البصمة:	(4)
	(5)



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:
Biopsy Taking Consent		CON/P/13	الموافقة على اجراء خزعة	

الموافقة على اخذ خزعة/عينة من النسيج للفحص	
.....	
مضاعفات اجراء التدخل الطبي: (1) (2) (3)	دواعي عمل التدخل الطبي: (1) (2) (3)
الية اجراء التدخل الطبي: (1) (2) (3) (4)	
أهم التوصيات الواجب على المريض التزامها بعد اجراء التدخل الطبي: (1) (2) (3) (4)	أهم التوصيات الواجب على المريض التزامها قبل اجراء التدخل الطبي: (1) (2) (3) (4)
الاسم الرباعي: رقم البطاقة: التوقيع: البصمة:	أهم محاذير اجراء التدخل الطبي: (1) أدوية (2) (4) (5)



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:
Cardiac Cath Consent		CON/P/14	الموافقة على اجراء قسطرة قلبية	

الموافقة على عملية القسطرة التشخيصية والعلاجية وتوسيع الصمام المترالي بالبالون. (High Risk consent For CAG/PCI/BMV)

أنا.....ولي
المريض/.....
احمل بطاقة رقمها:..... صادرة من: بتاريخ/...../20م
وافق على إجراء عملية.....
وذلك في يوم:..... الموافق/...../20م
بما في ذلك التخدير اللازم سواء كان موضعيا او تخدير عاما، علما بانه قد شرح لي الأطباء عن الحالة المرضية
ولا يتحمل الأطباء او المستشفى في حالة حدوث مضاعفات لا قدر الله قد تنتج اثناء العملية والتي خارجة عن إرادة الأطباء والمضاعفات هي:
1. تجمع دم تحت الجلد نتيجة القسطرة (نزيف دموي)
2. هبوط ضغط مفاجئ.
3. تفسخ الشريان او الاوردة.
4. (الجلطة) الدماغية مما يسبب شلل نصفي او نزيف دماغي (نزيف في المخ).
5. تجمع سوائل حول القلب.
6. تسارع او تباط في ضربات القلب.
7. قصور في وظائف الكلى او فشل كلوي.
8. ارتجاع شديد في الصمام المترالي والحاجة للتدخل جراحي.
9. احتشاء في عضلة القلب.
10. وذمة رئوية.
11. حاجة الي تدخل جراحي في أي الحالات.
12. توقف القلب المفاجئ والوفاة لا قد الله.

اسم ولي الامر:.....
بصمة المريض :

اسم المريض:.....
بصمة المريض



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:
Advices for Patients Before Cath Lab		CON/P/15	نموذج التعليمات العامة قبل القسطرة	

تعليمات عامة قبل القسطرة

تعليمات عامة قبل القسطرة

عزيزي المريض،، عليك إتباع التعليمات التالية قبل إجراء القسطرة

1. أن يكون المريض صائما من الساعة الرابعة فجرا.

2. الحضور الي المستشفى الساعة السابعة صباحا.

3. إحضار الفحوصات المخبرية وتقارير وأفلام القسطرة أن وجدت.

4. إيقاف الأدوية التالية قبل قبل القسطرة ب(٧٢ ساعة)

أ_ الورفارين ب_ المتفورمين

5. يمكن اخذ الأدوية المعتادة في الصباح مع قليل من الماء الا اذا كان هناك تعليمات أخرى من الطبيب المعالج.

6. حلاقة الشعر أعلى الفخذ الأيمن و الأيسر مكان القسطرة. .

7. عليك إخبار الطبيب وممرض القسطرة.

• اذا كانت لديك حساسية من الصبغة او المأكولات البحرية

• اذا كنت تعاني من أزمة الربو.

• اذا كان لديك مشاكل في الكلى.

• اذا أصبت بالتهاب الكبد الوبائي أو مرض ينتقل عبر الدم.

• للسيدات إذا كانت حامل أو لديك شك بذلك.



File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Advices for Patients Post-Cardiac Cath.

CON/P/16

نموذج التعليمات العامة بعد القسطرة القسطرة

تعليمات عامة بعد القسطرة

تعليمات عامة بعد القسطرة

عزيزي المريض،، عليك إتباع التعليمات التالية بعد اجراء القسطرة

1. تبقى ممتدا على السرير لمدة (٦) ساعات مع عدم رفع الرجلين.
2. أخذ السوائل بعد القسطرة بنصف ساعة .
3. لا تنسي ان تأخذ التقرير (فيلم القسطرة، الفحوصات، عند الخروج من المستشفى).
4. عدم حمل الاشياء الثقيلة التي تزيد عن (٥ كجم) لمدة ثلاثة ايام .
5. عدم ممارسة الأنشطة والتمارين الرياضية لمدة أسبوع.
6. الإلتزام بالأدوية التي يصفها الطبيب المعالج.
7. أخبر طبيبك إذا كان هناك:-

❖ حرارة أو برودة أو انتفاخ أو ألم غير محتمل مكان القسطرة.

❖ برودة أو تنمل أو شعور غريب في الطرف المعني.

❖ ألم في الصدر _ ضيق في التنفس _ استفراغ _ غثيان _ دوخة أو فقدان الوعي

❖ متابعة عيادة القلب باستمرار

❖ عمل فحص وظائف الكلى بعد القسطرة بيومين يتم العرض على الطبيب المعالج.



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:
Pacemaker Consent		CON/P/17	الموافقة على تركيب ناظم للاقاع مؤقت	

موافقة القلب

(consent PPI)

على إجراء عملية تركيب جهاز منظم ل ضربات

ولي المريض /
صادرة من:

أنا /
احمل بطاقة رقمها

بتاريخ /...../..... 20م
او افق على إجراء عملية)

وذلك في يوم

(

الموافق /...../..... 20م

بمستشفى بمركز القلب للمذكور أعلاه،،،

وهذا القرار بمحض إرادتي حيث وقد شرح لي الأطباء مدى خطورة العملية والمضاعفات التي قد تحدث أثناء أو بعد العملية أو أي تدخل جراحي إذا لزم الأمر ، لذا فليس علي المستشفى أو الطبيب المعالج أو الفنيين أي مسؤولية في حالة حدوث أي مضاعفات أو وفاة إذا قدر الله أثناء العملية أو بعد العملية حيث وقد تحدث مضاعفات كثيرة منها:

1. عدوى او قيج مع تلف الجهاز
- 2.نزيف أو تجمع دم مكان العملية...
3. ثقب الرئة او تجمع دم حول الرئة...
4. اضطرابات في النبض حميدة أو خبيثة
5. تجمع سوائل حول القلب بسيطة أو خطيرة
- 6.توقف للقلب أو وفاة لا قدر الله

اسم ولي الامر:
بصمة المريض :

اسم المريض:
بصمة المريض



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Advices for Patients With Pacemaker

CON/P/18

نموذج التعليمات للمرضى على جهاز منظم ضربات القلب

تعليمات لمرضى جهاز منظم ضربات القلب لهم

تعليمات لمرضى جهاز منظم ضربات القلب لهم

- اولاً: يجب ان تلازم السرير لمدة 48 ساعة بعد العملية زرع الجهاز المنظم لمنع السلك المزروع من التحرك عن مكانة الصحيح
- يجب إبقاء ذراعك {جهة الجهاز} ملاصقة لبدنك 48 ساعة بعد العملية الزرع.
 - الضماد الضاغط الخارجي لا تحاول أزالته بنفسك يقوم الطبيب المعالج بإزالة*
 - وسوف يعطيك مواعيد لمجارحة الجرح
 - لا تطهر الجرح بنفسك
 - اما بالنسبة لخياط الجرح سوف يزوب تلقائياً

ثانياً – النشاط والحركة

*الرجاء اتباع التعليمات لمدة 6 أسابيع الي 3 شهور

1. تجنب أي مجهود عضلي أو نفسي
2. قم بزيادة نشاطك تدريجياً
3. لا ترفع أي شيء ثقيل
4. لا ترفع ذراعك من جهة الجهاز المزروع اعلى من مستوي الكتف لمدة شهرين
5. يجب أداء الصلاة بوضعية الجلوس علي الكرسي لمدة شهر علي الأقل
6. يمكنك صعود ونزول الدرج ولكن لا تبذل مجهود مضاعف لاداء ذلك
7. تجنب النشاط الجنسي (الجماع) لمدة شهرين
8. لا تقود السيارة بنفسك لمدة 4 شهور



9. لا تلبس الملابس الضيقة التي من الممكن ان تضغط علي الجهاز او تقوم بتهييج الجلد فوق الجهاز المزروع وتفضل الملابس القطنية
10. تجنب الاستحمام على الجرح الا بعد اذن الطبيب وعند الاستحمام تجنب توجيه الماء بقوة ضاغطة علي الجهاز المزروع من جهة الجهاز المزروع
11. ابعد الجوال في الجيب وتجنب فرك الجرح
12. ابعد جهاز الجوال 15 سم من الجهاز المزروع العلوي حتى ولو كان مغلق
13. تجنب الضغوط والانفعال وحاول الاسترخاء
14. تجنب المجالات المغناطيسية القوية كالأشعة الرنين المغناطيسي او أبراج التقاط موجات الراديو او عواميد الكهرباء الضغط العالي وتقوية تغطية الجولات
15. تجنب أبواب التفتيش في المطارات والفنادق والمولات والعصى المغناطيسية واطلب التفتيش اليدوي

ثالثاً – الادوية:

- *تناول ادويةك المزمنة بانتظام ماعدا مميعات الدم فلا تستخدمها الا بعد اذن الطبيب
- *عند الحاجة مسكنات الألم خذ الموصوف لك من قبل الطبيب والتزم بأخذها عند اللزوم فقط

رابعاً – الاعراض والعلامات

- *اذا حدث معك أي من الاعراض او العلامات التالية الرجاء مراجعة قسم الطوارئ او الطبيب المعالج في الحال
- 1. الشعور بالعقة الكهربائية من الجهاز المنظم
- 2. ارتفاع الحرارة او التعرق غير معروف السبب
- 3. أي علامة من العلامات التهاب الجرح وهي احمرار او انتفاخ او افرازات من الجروح او سخونة الجلد في مكان الجرح



4. الألم الشديد حول او مكان الجرح
5. نزيف شديد مكان الجرح او ازرقاق يزداد في حجم مكان الجهاز
6. تورم في اليد او الذراع من جهة الجهاز المزروع
7. دوخة او دوار او اغماء او اجهاد شديد غير معروف السبب
8. الم في الصدر او ضيق التنفس او النفس
9. اكتساب وزن زائد من السوائل المتراكمة في الجسم كانتفاخ القدمين او تورم الكاحلين
- 10-الحازوقة (الزغطة)

وتذكر

1. *يجب اعلام طبيبك المعالج وطبيب الاسنان او أي طبيب تزورة بانك تحمل جهاز تنظيم القلب المزروع
2. *دائماً احمل بطاقة الجهاز المزروع او كرت العملية
3. *تجنب الضغط علي جهازك المزروع
4. *قد تجد النساء راحة اكبر عند اثناء الحملات الصدرية لكن يجب ان تضع أي جسم واقى علي الجهاز وتحت حزام الحملالة الصدرية
5. *سوف تعطي موعد لك مع الطبيب بعد الخروج للمجارحة الرجاء الحضور في الموعد المعطاء لك
6. *متابعة الطبيب المعالج بعد شهر ثم بعد ثلاثة شهور ثم بعد ستة شهور ثم بعد سنة *ثم كل سنة الرجاء الالتزام
7. *عندما يسمح لك الطبيب ممارسة الرياضة الخفيفة كممارسة المشى الخفيف
8. *لا تحاول اجهاد نفسك ابداء في ممارسة الرياضة يجب عليك التوقف قبل الشعور بالتعب (الكمية المناسبة من الرياضة يجب ان تشعرك بالتحسن وليس التعب)



File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Name of the Form as in the National Guide	الرمز - CODE	اسم النموذج باللغة العربية وفقاً للدليل الوطني الموحد
---	--------------	---

9. *تجنب فتح مقدمة السيارة والاقتراب من المحركات المكشوفة اثناء دوران المحرك لان ذلك قد يولد مجال كهربائي قد يؤثر علي جهاز المزروع
10. *الأشياء مثل افران المايكرويف والتلفزيون والراديو والسماعات الصغيرة والمكانس الكهربائية والبطاريات الكهربائية والسكاكين الكهربائية و الاستشوار الحراري والأدوات الحلاقة الكهربائية وجهاز تحميص الخبز وأدوات تجهيز وتعليب الاغذية وفتحات العلب بأشكالها لا تؤثر ابداء علي كفاءة او عمل الجهاز المزروع
11. الأجهزة المكتبية كالكومبيوتر والات الطباعة وجهاز التصوير والنسخ وأدوات ورشة الاعمال الخشبية وأدوات ورشة الاعمال الحديدية ايضاً لا تؤثر ابداء علي كفاءة او عمل الجهاز المزروع
12. التدخين والقات والشيشة والمداعة ممنوع قطعاً واخيراً
13. تأكد من اخذ جميع مواعيدك كاملة الخاصة بك والخاصة بالجهاز المزروع للتأكد من سلامته وكفائته

❖ الالتزام بمتابعة الطبيب المختص بوحدة الكهربائية القلب وبرمجته اذا لزم الامر والاطمئنان علي المريض



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Anesthesia Consent	CON/P/19	الموافقة على التخدير
---------------------------	-----------------	-----------------------------

File Number:	إقرار بالموافقة على التخدير Anesthesia Consent	Name of Ward:
Name:		Name of Unit:
Age:		Room Number:
Gender:		Date of admission:

إذا كان لديك أي سؤال حول هذه الأقرار أو لم تفهم جزء منه يرجى سؤال طبيبك قبل التوقيع عليه.
If you have any questions or concern about consent, ask your physician before signing.

<p>I, the under signed On my behalf/ on behalf of Acknowledge that the anesthetist has discussed with me different types of anesthetics suitable for my condition namely</p> <p>Alternative:.....</p> <p>and informed me about the precautions and instruction I have to follow before the operation. The anesthetist has explained to me the possible side effect & complications of anesthesia and assured me if any of these complications happen it would be dealt with promptly and effectively but without any guarantee the outcome. -The anesthetist has also explained that there is moderate/high risk in my case due to the presence of 1-..... 2-..... 3-..... 4-.....</p> <p>The doctor also informed me about the benefits of this procedure such as: <input type="checkbox"/> No Pain <input type="checkbox"/> No awareness</p> <p>Understanding all the above, I hereby authorize the anesthetists of Hospital to choose type and technique of the anesthesia and to whatever necessary actions aiming at administering effective and safe anesthesia without any warranty guarantee from the anesthetist or the hospital's side. Signature & finger print of the patient or guardian(Relation).....</p> <p>I.D number..... Name of Anesthetist & Signature:.....</p> <p>Witness name & Signature& finger print..... I.D number.....</p>	<p>أقر أنا الموقع أدناه بالإصالة عن نفسي أو بالنيابة عن: أن طبيب التخدير قد ناقش معي الطرق المختلفة للتخدير والطريقة التي تناسب حالتي وهي: البدائل.....</p> <p>وأخبرني بالاحتياطات والتعليمات التي على اتباعها قبل العمليات. كما شرح لي طبيب التخدير الأعراض الجانبية والمضاعفات المحتملة حدوثها نتيجة للتخدير وأكد لي أنه في حالة حدوث أي من هذه المضاعفات (لاسمح الله) فإن سيتم التعامل معها بحسب وفاعلية ولكن بدون أي ضمان للنتائج. -شرح لي طبيب التخدير أيضا وجود نسبة خطورة متوسطة / عالية في حالتي وذلك نتيجة وجود: 1-..... 2-..... 3-..... 4-.....</p> <p>قام الطبيب أيضا بإطلاعي على المزايا لهذا الإجراء الطبي مثل: <input type="checkbox"/> عدم الشعور بالألم <input type="checkbox"/> عدم الوعي أثناء العملية. هذا فإني مع علمي بكل ما سبق أفوض أطباء التخدير بمستشفى في اختيار نوع وطريقة التخدير واتخاذ كل ما يلزم من الإجراءات من أجل إعطاني تخدير فعال وأمن من دون أي تعهد أو ضمان من جهة الطبيب أو المستشفى. توقيع وبصمة المريض أو ولي الامر (يذكر نوع القرابة)</p> <p>رقم البطاقة الشخصية..... اسم طبيب التخدير وتوقيعه..... اسم الشاهد وتوقيعه والبصمة..... رقم البطاقة الشخصية.....</p>
--	--

إقرار موافقة على إجراء التخدير

أقر أنا

انني قد وافقت على إجراء التخدير او بحسب مايراة طبيب التخدير مناسباً

لنفسي (ابني ،ابنتي ،زوجتي ،زوجي ،والدي ،والدتي ،اخي ،اختي).....

.....

وقد قام طبيب التخدير بشرح المعلومات لي من حيث طبيعة إجراء التخدير وفوائده والمضاعفات الأكثر والأقل شيوعاً أثناء عملية التخدير والأفائة منها وبما يتناسب مع (وضعي / وضع مريض) الصحي كما اكد لي انه في حالة حدوث اي مضاعفات لاسمح الله فانه سيتم التعامل معها بحسم وفاعلية ولكن دون أي ضمان للنتائج .

كما أخبرني بالاحتياطات والتعليمات التي علي اتباعها قبل العمليات

وشرح لي الطبيب التخدير أيضا وجود نسبة خطورة متوسطة / عالية وذلك نتيجة وجود

.....

.....

.....

هذا فاني مع علمي بكل ماسبق افوض اطباء التخدير بمستشفى في اختيار نوع و طريقة التخدير واتخاذ كل مايلزم من الإجراءات من أجل اعطائي تخدير فعال وآمن من دون تعهد او ضمان من جهة الطبيب او المستشفى.

○

أسم المريض: _____ التوقيع: _____ البصمة

○

أسم ولي أمر المريض: _____ التوقيع: _____ البصمة

أسم طبيب التخدير: _____ التوقيع: _____

أسم الشاهد: _____ التوقيع: _____



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Surgery Consent	CON/P/20	الموافقة على إجراء عملية جراحية
------------------------	-----------------	--

أقرار بالموافقة على إجراء عملية جراحية	
أقر أنا:	
المقيم بعنوان:	
التي قد وافقت على إجراء عملية:	
تنفسي (ابني، ابنتي، زوجي، زوجتي، والدي، والدي، اختي، اختي)	
تحت التخدير: أو يصعب ما يراه أخصائي التخدير متاسيا لحالة المريض:	
علما بأنه قد قام الطبيب المعالج بشرح طبيعة العملية والهدف منها وهو:	
وبدائلها مثل:	
كما قام الأطباء المعالجون بإيضاح المضاعفات التي قد تحدث نتيجة للعملية الجراحية مثل:	
.....	
.....	
.....	
.....	
كما قام أطباء التخدير بإيضاح المضاعفات التي قد تحدث نتيجة إعطاء التخدير مثل:	
.....	
.....	
وأيدت قبولي لذلك.	
كذلك أوافق على إجراء أي عمليات أخرى أو بديلة تتضح الحاجة إليها أثناء سير العملية بما في ذلك إجراء أي عملية أخرى (تقوية) مرتبطة بالعملية الأصلية ارتباطا لازما أو نقل دم إذا ما دعت الضرورة الى ذلك.	
التاريخ:	
توقيع المقر:	
صلة القرابة:	
الرقم الوطني (البطاقة الشخصية):	
اسم الطبيب الجراح:	
التوقيع:	
التاريخ:	



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

High Risk Surgery Consent	CON/P/21	الموافقة على اجراء عملية جراحية عالية الخطورة
---------------------------	----------	---

اقرار الموافقة على اجراء عملية جراحية عالية الخطورة				
أقر أنا المريض:	رقم البطاقة:			
أقر أنا ولي أمر المريض:	وبصفتي: رقم البطاقة:			
الموقع أدناه باتني قد تلقيت جميع المعلومات اللازمة بخصوص:				
اولا: حالتي المرضية/حالة مريضي واحتمالية نجاح علاجها وطبيعة العملية والهدف منها وهو:				
ثانيا: العلاج/الاجراء المقترح من قبل الطبيب المعالج وهو:				
ثالثا: قد قام الطبيب المعالج بالشرح الوا في لهذه العملية متضمنا درجة خطورة هذه العملية والاطار والمضاعفات التي قد تنجم عن اجرائها للمريض المذكور نظرا لحالته الصحية وخطورة العملية بالنسبة له واحتمال اصابته بمضاعفات أثناء أو بعد العملية الجراحية مثل ازدياد حالته سوءا أو احتياجه للبقاء في غرفة العناية المركزة لفترة طويلة أو وفاته لا قدر الله أو غير ذلك مثل:				
1				
2				
3				
4				
5				
6				
لقد تم اعطائي كامل الفرصة والوقت الكافي لطرح أي أسئلة متعلقة بحالتي المرضية وعلاجها؛ كما انه تم ابلاغي بأن لي كامل الصلاحية والحرية لرفض اية تدخلات جراحية لي/لمريضي ووجد أنها تخدم مصلحتي وتأجيلها سوف يضر بصحتي.				
كذلك أوافق على اجراء أي عمليات بديلة كانت جراحية/يلمنظار تنصح الحاجة اليها أثناء سير العملية فلقد تم ابلاغي بكل الاحتمالات الممكنة اكتشفها وعليه؛ فبنتي اعطيت القبول الاتم لإجراء اية تدخلات متعلقة بذلك حسب مايقدره الطبيب المعالج ويراه الأفضل لحالتي المرضية/حالة مريضتي.				
انني وبعد التوكل على الله أفوض الطبيب:				
بعلاج حالتي متضمنا تلك اية تدخلات تشخيصية أو علاجية لاحقة نتيجة العلاج/الاجراء.				
وان تفويضي هذا موصول للطبيب المعالج الأساسي كذلك لجميع الأطباء والتمريض والفنيين المساعدين الذين يعملون في المستشفى، ولا يحق لي تحميل أو مطالبة المستشفى أو أحد كوادره أي مسنولية وتعويضات مادية أو غيرها في حالة حصول مضاعفات أو الوفاة اذا قدر الله للمريض وغيرها جراء ذلك.				
كما أقر بأن اطباء التخدير قد قاموا بشرح واطراح المضاعفات التي قد تحدث نتيجة اعطاء التخدير مثل:				
وهذا اقرار مني بذلك وانا بكامل اهليتي الصحية والعقلية. والله على ما أقول شهيد.				
اسم المريض أو ولي الأمر	الرقم الوطني	التوقيع	البصمة	التاريخ
اسم الشاهد الأول	الرقم الوطني	التوقيع	البصمة	التاريخ
اسم الشاهد الثاني	الرقم الوطني	التوقيع	البصمة	التاريخ
اسم الطبيب المعالج		التوقيع		



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:
High Risk Consent for Cardiac Surgery		CON/P/22	الموافقة على اجراء عملية قلب مفتوح عالية الخطورة	

بسم الله الرحمن الرحيم
موافقة على إجراء عملية قلب مفتوح عالية الخطورة
High Risk consent FOR

أنا/

ولي أمر المريض./

احمل بطاقة/

رقمها / صادرة من/ بتاريخ / / 20م

او افق على إجراء عملية قلب مفتوح عالية الخطورة
(

وذلك في يوم الموافق/...../ 20م

بمستشفى بمركز القلب للمذكور أعلاه،،،،

وهذا القرار بمحض إرادتي حيث وقد شرح لي الأطباء مدى خطورة العملية والمضاعفات التي قد تحدث أثناء أو بعد العملية، أو اذا حصل الاتي: وفاة لا قدر الله أو نزيف في الدماغ أو جلطة دموية أثناء العملية أو بعد العملية والذي قد يؤدي الي شلل نصفي او شلل كامل

لذا فليس على المستشفى أو الجراح أو المخدر أو الفنيين أي مسؤولية في حالة حدوث أي مضاعفات أو وفاة لا قدر الله أثناء العملية أو بعد العملية ،،،، والله على كل شيء قدير

:
البصمة:

التوقيع

الاسم:
صلة القرابة



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Admission Form

PTC/P/1

نموذج الدخول

نموذج الدخول

البيانات الادارية	البيانات الشخصية والاجتماعية
تاريخ الدخول: / / ٢٠	بيانات المريض
ساعة الدخول:	اسم المريض الرباعي:
طريقة الدخول:	اللقب:
عيادة <input type="radio"/>	العمر:
طوارئ (اسم المسعف) <input type="radio"/>	الجنس:
إحالة <input type="radio"/>	العنوان:
رقم الدخول: ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ملاحظة:	المحافظة:
القسم:	المديرية:
الغرفة:	الشارع:
رقم الملف:	بيانات ولي الامر
رقم التأمين الطبي (في حالة وجوده):	اسم ولي الامر:
الطبيب المعالج:	رقم البطاقة:
التشخيص المبدئي:	صلة القرابة:
اسم موظف الدخول:	رقم التليفون:
توقيع موظف الدخول:	رقم الجوال:

ملاحظات:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Discharge Form	PTC/P/2	نموذج الخروج
-----------------------	----------------	---------------------

نموذج الخروج					
التشخيص النهائي:					
نوع العمليات (في حالة تواجدها):					
الحالة عند الخروج:					
وفاة		DAMA	LAMA	إحالة	تحسن
بعد ٢٤ ساعة	قبل ٢٤ ساعة				
اعتماد الخروج من الطبيب (الاسم والتوقيع):					
اسم الموظف الخروج:					
توقيع موظف الخروج:					
ملاحظات:					



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Discharge Notes/Summary Form	PTC/P/3	نموذج ملخص خروج المريض
------------------------------	---------	------------------------

Discharge Summary	ملخص خروج حالة
Order of Release Date	تاريخ السماح بالخروج
Discharge Date	تاريخ الخروج من المستشفى
Date of Writing Form	تاريخ كتابة الملخص
Diagnosis	التشخيص
History of Illness	القصة المرضية
Physical Examination	الفحص السريري
Lab Testing Results	الفحوص المخبرية
Radiology Results	نتائج الأشعة
Status At Discharge	الحالة عند الخروج
Plan:	الخطة العلاجية
Recommendations	التوصيات
Discharge Order by Dr	الخروج بأمر:
Consultant Dr	الطبيب المشرف المسنول عن الحالة:
Name:	الاسم:
Consultant Signature	توقيع:
Resident Dr	الطبيب المقيم بالقسم:
Discharge Written by Dr	اسم الطبيب
Signature	توقيع الطبيب



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number: اسم المريض:
Name: رقم الملف:
Age: العمر:
Gender: الجنس:
Diagnosis: التشخيص:

شعار
المستشفى

Ward: القسم:
Unit: الوحدة:
Room No.: رقم الغرفة:
DOA: تاريخ الرقود:
ID No.: الرقم الوطني:

Patient Discharge Clearance

PTC/P/4

نموذج براءة خروج المريض

Patient Discharge Clearance

Patient Name: Adm: _____
Patient Chart #: Bed: _____
Date of Discharge: OR: _____
Lab: _____
xRay _____
Oxygen: _____
Caths: _____
Meds: _____
Sp.meds: _____
Blopsy: _____
Other: _____
IV"s: _____
Sets: _____
F/C: _____
N/G: _____

TOTAL

Dep	Time	Signature
Nursing Chart complete/phar		
Total Bill		
Amount paid		
Cashier Amount Due		
Adimistrator (as needed)		
Cashier : Amount to pay to Cashier now		
Nursing: Discharge Meds di4 sbursed		
Amount due to retrm to Clinic اذا بقي أي مبلغ ارسل الملف المدير		



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:
Internal Transfer Form		PTC/P/5	نموذج تحويل داخلي	

Internal Transfer Form	نموذج تحويل الحالة داخل المستشفى
Order of Transfer Date	وقت وتاريخ أمر التحويل
Time	الساعة
Date of Writing Form	وقت وتاريخ كتابة التحويل
Transfer from	القسم المحول منه
Room Bed	غرفة سرير
Trans to	القسم المحول اليه
Room Bed	غرفة سرير
Relatives Available	يوجد مرافق ام لا
Reasons of Transfer	سبب التحويل
Diagnosis	التشخيص بالملف الطبي
• Lab Testing Results	• الفحوص المخبرية مرفقة بالملف
• Radiology Results	• نتائج الأشعة مرفقة بالملف
Status At Transfer	الحالة عند التحويل
Transfer Order by Dr:	التحويل بأمر الطبيب:
Signature	توقيع الطبيب المحول
Trans by Nurse	اسم التمريض المحول:
Signature	توقيع
Received by Nurse	اسم التمريض المستلم:
Signature	توقيع
Transfer Date & Time	تاريخ التسليم الى القسم والساعة

هذا النموذج اداري وهناك نموذج طبي آخر لنقل الحالات داخليا



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Medical Report of An Inpatient Case

PTC/P/7

نموذج تقرير طبي لحالة في المستشفى

Inpatient Medical Report Form	نموذج تقرير حالة داخل المستشفى
الى من يهمة الأمر	
.....	اسم المريض
.....	رقم الملف الطبي
.....	تاريخ الدخول
.....	وقت الدخول
وصل الينا المريض أعلاه وهو يعاني من :	
وبعد الكشف والفحص والمتابعة وجد أنه يعاني من:	
وينصح له بما يلي:	
رئيس القسم	الطبيب المعالج
توقيعه	توقيع الطبيب المعالج
يعتمد	
ادارة المستشفى	
ختم المستشفى	

هذا النموذج يمثل درافت التقرير الداخلي وعند الطباعة سيتم طباعته رسميا بدون مربع بيانات المريض في المربع أعلاه



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Medical Report of An Out-patient Case	PTC/P/8	نموذج تقرير طبي لحالة خارج المستشفى
---------------------------------------	---------	-------------------------------------

Outpatient Medical Report Form	نموذج تقرير حالة مريض خارجية
الى من يهمله الأمر	
.....	اسم المريض
.....	رقم الملف الطبي
.....	تاريخ وصول المريض
.....	وقت وصوله
حضر الينا المريض أعلاه وهو يعاني من :	
وبعد الكشف السريري وإجراء الفحوصات اللازمة تبين أنه يعاني من:	
وينصح له بما يلي:	
رئيس القسم	الطبيب المعالج
توقيعه	توقيع الطبيب المعالج
يعتمد	
ادارة المستشفى	
ختم المستشفى	

هذا النموذج يمثل درافت التقرير الداخلي وعند الطباعة سيتم طباعته رسميا بدون مربع بيانات المريض في المربع أعلاه



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Death Report Form	PTC/P/9	نموذج تقرير وفاة المستشفى
-------------------	---------	---------------------------

Inpatient Death Report Form		تقرير وفاة داخل المستشفى		
رقم الملف الطبي		اسم المريض		
Date of Admission	١٤ / / هـ	تاريخ الدخول	Time:	
Date of Death	١٤ / / هـ	تاريخ الوفاة	Time:	
Final Diagnosis:				
.....				
.....				
Details of Operation And Treatment:		العمليات التي أجريت والعلاج الذي أعطي بالتفصيل:		
.....				
.....				
.....				
Status Before Death And Complication:		حالة المريض قبل الوفاة والمضاعفات:		
.....				
.....				
Causes of Death:		أسباب الوفاة:		
.....				
.....				
<input type="checkbox"/> Fall down سقوط	<input type="checkbox"/> Drown غرق	<input type="checkbox"/> Burns حرق	<input type="checkbox"/> Traffic Accident حادث مروري	<input type="checkbox"/> Unknown Etiology نتاجا عن : علة مرضية
Others:				
Doctor Certifying Death: الطبيب الذي اشرف على الوفاة:		Treating Doctor: الطبيب المعالج:		
Name:	الاسم:	Name:	الاسم:	
Signature:	التوقيع:	Signature:	التوقيع:	
ختم المستشفى	ادارة المستشفى	نسخة لذوي المتوفى		
		نسخة لثلاجة الموتى		
		نسخة للملف الطبي للمريض		

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Death Notification Form	PTC/P/10	نموذج تبليغ عن حالة وفاة
--------------------------------	-----------------	---------------------------------

Death Notification Form	نموذج تبليغ عن وفاة
--------------------------------	----------------------------

.....: المهنة	اللقب:	اسم المتوفي كاملا:
.....: الجنسية	رقم الملف الطبي:	رقم الملف الطبي:
.....: رقمها	نوع الهوية (بطاقة/جواز):	نوع الهوية (بطاقة/جواز):
.....: جنسيته	اسم والد المتوفي:	اسم والد المتوفي:
.....: جنسيتها	اسم والدة المتوفى:	اسم والدة المتوفى:

Deceased place of residence: مكان اقامة المتوفى: Place of Birth: محل ولادته:

Place of death: مكان الوفاة:

Diagnosis on admission: التشخيص عند الدخول:

Gregorian calendar: التاريخ الميلادي. Hajri calendar: تاريخ دخول المتوفى للمستشفى (التاريخ الهجري)

Date of Admission:

Cause of Death سبب الوفاة

1. (a) Disease or conditions directly leading to death. (1) أ- المرض أو الحالة التي ادت مباشرة الى الوفاة

.....

Antecedent cause: الحالات المرضي هان وجدت Due to: مترتبة على:

Morbid conditions, if التي ترتب عليها سبب الوفاة: (b) - ب

Any, giving rise to the Due to مترتبة على:

Above cause: التي ترتب عليها سبب الوفاة (c) - ج

(2) أمراض أو حالات ساعدت على الوفاة ولكن ليس لها علاقة مباشرة بسبب الوفاة

2.(b) Other significant Conditions Contributing to death but not related to the cause

.....

Date: اليوم: Hour: الساعة: Date of Death: تاريخ الوفاة:

Date Gregorian calendar: التاريخ الميلادي: Date hijri calendar: التاريخ الهجري:

Yes/No: نعم/ لا Examined after death: كشف عليّة بعد الوفاة:

Name of examining doctor: اسم الطبيب الذي اجري الكشف:

Signature: توقيع:

Name and address of person notified and his relation to the deceased: اسم المبلغ وعنوانه وصلته بالمتوفى:

.....

الطبيب المعالج Treating Doctor	مدير المستشفى Director of Hospital
--	--

Name:	الاسم:	Name:	الاسم:
.....	الختم الرسمي Official seal	.....	.....
Sign:	التوقيع:	Sign:	التوقيع:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Fetal Death Notification Form

PTC/P/11

نموذج تبليغ عن حالة طفل ولد ميتاً

FETAL DEATH NOTIFICATION FORM

نموذج تبليغ عن طفل ولد ميتاً

MATERNAL INFORMATION

Name: الاسم: Marital Status: الحالة الاجتماعية:
Occupation: المهنة: Religion: الديانة:
Place of Birth: مكان الميلاد: I.D. No.: رقم الهوية:
Address: العنوان:

FETAL INFORMATION

Place of Birth: مكان الميلاد:
Time of Delivery: وقت الميلاد:
Sex: Male Female Ambiguous Unknown
جنس: ذكر أنثى غير محدد غير معروف
Gestational Age: أسبوع /
فترة الحمل:
Birth Weight: gm.
وزن الطفل عند الولادة: غرام

Probable Cause of Death: سبب ولادة الطفل ميتاً:

.....
.....
.....
.....

Signature: التوقيع Name of Physician: اسم الطبيب:

NOTIFICATION OF FAMILY

إبلاغ الأهل

I have been notified of this death . لقد تم إبلاغي بوفاة المولود
 I wish burial permit. أريد بتزويدي بتصريح دفن المولود.
 I authorize the hospital to dispose the body. أوافق المستشفى بالتصرف بالمولود المتوفى .
Date/time: التاريخ/ الوقت:

Name: الاسم:
Signature: التوقيع:
Relationship: صلة القرابة:

Hospital Director: مدير المستشفى:
Date: التاريخ: Time: الوقت: Signature: التوقيع:

Stamp of Hospital المستشفى ختم



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Relative Card Form

PTC/P/12

نموذج بطاقة مرافق

بطاقة مرافق للمرضى
بقسم النساء

NAME _____

BED NO . _____

PERMISSION EXPIRES _____

WOMEN,S WARD _____

١ - يرجى من المرافقين احترام اللوائح الداخلية والالتزام

بالتعليمات من رؤساء الأقسام .

٢ - يجب ان تحفظ البطاقة مع المرافق .

٣ - لا تستعمل البطاقة لغرض الزيارة أو الدخول والخروج دائماً

البقاء بجانب المريض فقط .

SIGNATURE الإمضاء _____



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

INDEX

MEDICAL FILE

AHSAN

الملف الطبي الموحد



الجمهورية اليمنية

الملف الطبي الموحد



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

الصفحة INDEX

ER FILE

1

ملف الطوارئ



الجمهورية اليمنية

الملف الطبي الموحّد

ملف الطوارئ



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

Patient Data Form

ER/P/1

الغلاف وبيانات المريض

Republic of Yemen Ministry of Public Health & Population				الجمهورية اليمنية وزارة الصحة العامة والسكان	
HOSPITAL:				مستشفى:	
GOVERNORATE:				المحافظة:	
DISTRICT:				المديرية:	
		ER FILE		ملف الطوارئ	
PATIENT'S NAME:				اسم المريض الرباعي:	
AGE:				العمر:	
FILE NUMBER:				رقم الملف:	
DATE: / /		هجري - ميلادي		التاريخ: / /	
TIME:				الوقت:	



PHYSICAL EXAMINATION

Height: Weight :..... Temperature:..... B.P :..... Pulse :..... R.R:
Pain: Yes No Specify:

	Normal	Abnormal	
General Appearance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mention
Skin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mention
Head & Neck			
Eyes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mention
Ears	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mention
Nose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mention
Mouth & Pharynx	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mention
Tongue & Teeth	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mention
Thyroid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mention
L.N	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mention
Chest			
Inspection	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mention
Palpation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mention
Percussion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mention
Auscultation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mention
Heart			
Inspection	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mention
Palpation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mention
Percussion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mention
Auscultation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mention
Abdomen			
Inspection	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mention
Palpation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mention
Percussion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mention
Auscultation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mention
Neurological Findings			
Cranial Nerves	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mention
Motor System	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mention
Sensory System	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mention
Reflexes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mention
Gait	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mention
Musculoskeletal			
Muscles & Bone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mention
Joints	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mention
Extremities	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mention
Nutritional Status	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mention
Psychological Status	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mention

Diagnosis:.....
Associated Risk Factors:
*Plan of Care :

Checked & Reviewed by Dr. Date :
* Add in the care plan management is any of the following present:

- 1- Lost weight unintentionally
- 2- Looks poorly nourished
- 3- inability to eat ≥ 5 Days
- 4- Pregnant / Lactating with medical complications



Emergency Room Physician Notes (2)

CIRCULATION	GYNECology	<input type="checkbox"/> N/A
Rhythm <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> irregular Volume <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> weak <input type="checkbox"/> bounding Peripheral pulses <input type="checkbox"/> equal unequal (comment below) Skin signs <input type="checkbox"/> warm <input type="checkbox"/> cool <input type="checkbox"/> hot <input type="checkbox"/> dry <input type="checkbox"/> wet <input type="checkbox"/> pale <input type="checkbox"/> flushed <input type="checkbox"/> jaundiced <input type="checkbox"/> cyanotic Skin turgid <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> decreased <input type="checkbox"/> tenting Mucous membranes <input type="checkbox"/> moist <input type="checkbox"/> dry Tears <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> absent Cap refill <input type="checkbox"/> < 3 sec <input type="checkbox"/> > 3 sec Edema - Location Rate _____/min Comments _____ _____	Pregnancy # _____ term # _____ Miscarriage # _____ FHR # _____ <input type="checkbox"/> Discharge _____ <input type="checkbox"/> abd pain <input type="checkbox"/> Bleeding / amount _____ <input type="checkbox"/> Show <input type="checkbox"/> contractions _____ Comments _____ _____	
	MUSCULOSKELETAL	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	Affected part _____ Mobility _____ Color _____ Comments _____ _____	

Laboratory : _____

X-ray: _____

Others: _____

Provisional diagnosis: _____

Consulting other specialties _____

Final Diagnosis: _____

Prescription : _____

End of service: _____

Admission to regular room :

Admission to ICU :

Referral :

Discharging at home :

ER Physician Name:.....Signature :Date :Time.....



CPR Notes Form

ER/P/7

نموذج الانعاش القلبي الرئوي

File Number: -----	CPR Record Form (For single event use)	Name of Ward: -----
Name: ----- Age -----		Room Number: -----
		Date of admission:-----

1.	Event	Onset	Duration	Team arrival time:					
	Arrest			Anesthesiologist					
	Asystole			Respiratory therapist (1)					
	V.T			Respiratory therapist (2)					
	V.F			Nurse in charge (1)					
	Respiratory arrest			Nurse in charge (2)					
2.	Drugs (Time /dose)								Total
	Atropine								
	Adrenaline								
	Calcium chloride								
	Calcium gluconate								
	Decadron								
	Dopamine								
	Dobutamine								
	Sodium Bicarbonate								
	Lasix								
	Diazepam								
	Xylocaine								
	Others								
	1.								
	2.								
3.	I.V solution & intervention								
	Type	(Time & Amount)							
4.	Intervention								
	12 lead ECG (time)	Time→							
	Blood pressure								
	Pulse rate								
	Intubation	Size	RR	Fixed at			Note		
	Ventilator setting	TV	RR	O2%	PEEP	Pressure Support	Other		
	DC shock	Time joules					Notes		
	CVP LINE	Size		Fixed at			Note		
	ABG	PH	Pco2	HCO3	Po2		Other		
	Transfer note(s)								
	Other action(s)								
	Team leader name & signature	Time					Date		



Trauma Card Form

ER/P/8

نموذج تقرير حالات الاصابات

Ministry of Health & Population

Hospital

A & E Department

TRAUMA CARD

Date ___/___/___

Time of arrival :

I/D No _____

Sex _____

Address _____

Nationality _____

Age _____

Tel No _____

Marital Status _____

Occupation _____

Cause of trauma:

MVA []

Fall []

Assault []

Burn []

Others _____

Time of Trauma:-----AM / PM

Time of exam:-----AM / PM

Time of discharge-----AM / PM

Hx. of drug allergy.

Hx. of systemic illness.

Mode of injury _____

Initial assessment :

Conscious

Spontaneous Ventilation [Y] [No]

RR _____ PR _____ BP _____

Ambulance Tx

Backboard _____ Cervical collar _____ Splint _____

O₂ _____ ETT _____ Ventilator _____ Cardiac Monitor _____

IV Line _____ Type of fluids _____

Report from Attendant _____

RESPIRATORY SYSTEM EXAMINATION

ETT [Y] [No]

Assymetry [Y] [No]

Wound, bruises [Y] [No]

Ribs [Y] [No]

ICT [Y] [No]

Trachea central [Y] [No]

Equal air entry [Y] [No]

Cyanosis [Y] [No]

Surgical emphysema [Y] [No]

Comment _____

ABDOMINAL EXAMINATION

Wounds, Bruis [Y] [No] Tenderness [Y] [No] Guarding [Y] [No] Rigidity [Y] [No] B.S [Present] [Absent]

Bleeding per Urethra [Y] [No] Haematuria [Y] [No] Perineal Hematoma [Y] [No] P/R [Normal] [Abnormal]

DPL [+ve] [-ve]

Comment _____

NEUROLOGICAL EXAMINATION

Scalp injury [Y] [No]

Facial injury [Y] [No]

Neck injury [Y] [No]

Black eye [Y] [No]

Skull fracture [Y] [No]

Vomiting [Y] [No]

convulsions [Y] [No]

Motor deficits [Y] [No]

CSF [Y] [No]

blood [Y] [No]

GCS

E _____

V _____

M _____

TOTAL

PUPILS

RT.

LT.

R R S

R R S

COMMENT _____

SPINE

GCS : Galaxo Coma score, E: eye, V: verbal, M: movement,
R: reaction to light , R: regularity, S: shape,



Trauma Card Form

ER/P/8

نموذج تقرير حالات الاصابات

LIMBS

LIMB INJURY	FRACTURE	VASCULAR	NERVES	SKIN	JOINT
RT.UL					
Lt. UL					
Rt. LL					
Lt LL					

Abnormal investigation

Hb _____ WBC _____ Hct _____ C.T _____ B.T _____ pO₂ _____ pO₂ _____ pH _____ Bl.sugar _____

Others

Radiology findings

.....
.....
.....
.....

Procedures

ETT: [] Time: _____	ICT: Rt. [] Lt. [] Time: _____	NGT: [] Time: _____	F.C: [] Time: _____
-------------------------	-------------------------------------	-------------------------	-------------------------

OTHERS

Central I.V.Line Time: _____	Venous cutdown Time: _____
---------------------------------	-------------------------------

Treatment & observation

Drug	Route	Dose	Time

IVF	Time

V. Signs	Time
BP	
RR	
Pulse	
TEMP	
GCS	

Diagnosis :
.....
.....
.....
.....

Destination: 1) Admission to [___] 2) Observation room [___] 3) Referred to [___]
4) DAMA [___] 5) Discharge [___] 6) Expired [___]

Treating doctor(s).....

Signature

ETT : Endo tracheal tube
NGT : Naso gastric tube

ICT: Intercostals chest tube
FC : Foley's catheter



Referral Notes Form

ER/P/9

نموذج الاحالة

نموذج تحويل خارجي Transfer/Referral to other hospital Form	
النوع :	تاريخ الدخول:
	القسم :
التشخيص :	
المستشفى المحول منه :	التاريخ :
الساعة :	
المستشفى المحول اليه :	
المكتشفات الهامة : 1- اكلينيكيًا :	
* وسيلة النقل وكيفية المتابعة:	
2- المعامل :	
3- الأشعات :	
الاجراءات الهامة التي تمت للمريض بالقسم :	
سبب التحويل :	
حالة المريض عند الاحالة:	
اسم الطبيب :	التوقيع :



إقرار وجود قرح فراش قبل دخول المستشفى

أقرأنا الموقع أدناهوصلة قرابتي.....

بأن المريضتاريخ دخوله المستشفى: / /

تم دخوله للمستشفى وهو يعاني من قرح فراش في.....

.....

.....

إسم المريض:

التوقيع:

رقم البطاقة:

إسم الطبيب:

التوقيع:.....



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

INDEX

NURSING FORMS IN ER

N

نماذج التمريض في الطوارئ



الجمهورية اليمنية

الملف الطبي الموحّد

نماذج التمريض



Emergency Room Receiving (Nursing Form)

ملاحظات التمريض بالطوارئ

Date : التاريخ Time : الوقت Dr. :
Received By Nurse : الممرضة المستقبلية Dr. arrived @ :

1- Arrival ملاحظات الوصول

أطباء تم استدعائهم :

<input type="radio"/> وحيدا	<input type="radio"/> مصحوبا بـ	
طريقة الوصول		
<input type="radio"/> بالاسعاف	<input type="radio"/> سيرا على الاقدام	<input type="radio"/> أخرى

- 1- د. وقت الاستدعاء: وقت الوصول:
2- د. وقت الاستدعاء: وقت الوصول:
3- د. وقت الاستدعاء: وقت الوصول:

2- Patient's Complaint: الشكوى المرضية

.....
.....

تصنيف الحالة (*): 1 0 2 0 3 0 4 0 5 0

3- Examination : الفحص

وصول المريض	اللون	درجة الوعي
الضغط: mmHg / الحرارة: °C النبض: / دقيقة السكر عشوائي بالدم: mg/dl	<input type="radio"/> طبيعي <input type="radio"/> مصفر <input type="radio"/> شاحب <input type="radio"/> مزرق	<input type="radio"/> واعى <input type="radio"/> مضطرب <input type="radio"/> ناعس <input type="radio"/> غير واعى

4-Disposition : حركة سير المريض

Time الساعة

Admitted to وحدة : Unit ادخل إلى ICU رعاية جراحة
..... رعاية قلب : CCU عمليات : OR

Discharged to مستشفى أخرى : Other Hospital منزل : Home وفاة : Death

5- Condition on Leaving ER : الحالة عند الخروج من الطوارئ

Level of consciousness : درجة الوعي

Vital signs : الملاحظات الحيوية

BP:/... Pulse:P/min R.R:C/min Temp:.....°C Spo2:%

Color : اللون:

(* الرجوع لسياسة التصنيف)



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

الصفحة INDEX

INPATIENT DEP. FILE

2

ملف الرقود



الجمهورية اليمنية

الملف الطبي الموحّد

ملف الرقود



Admission Consent

IN/P/1

نموذج الموافقة على دخول المستشفى وتلقي العلاج

إقرار بالموافقة على دخول المستشفى وتلقي العلاج

أقر وأوافق أنا الموقع أدناه (المريض أو أحد أقاربه من الدرجة الأولى)

.....
صلة القرابة :

بالموافقة على دخول وإتباع نظام وتعليمات المستشفى أثناء تواجدي بها وما تراه المستشفى لصالح المريض وتنفيذ ما يقره الأطباء المعالجون من علاج وفحوصات طبية لازمة باختلاف أنواعها وكذلك نقل الدم وذلك حسب الأصول العلمية والطبية المتبعة في مثل هذه الحالات كما أقر أن المستشفى قد وضحت لي التكلفة المتوقعة طبقاً لأسعار المستشفى مع علمي باحتمال حدوث مضاعفات خارجة عن إرادة الطبيب.

وذلك للمريض :
وهذا إقرار مني بذلك ،،،،

تحريراً في / / توقيع المقر بما فيه:.....

.....

ممتلكات المريض الثمينة :

- عدم احضار أموال أو الممتلكات الثمينة الى المستشفى (مثل التليفون المحمول و المجوهرات ... الخ) و لكن اذا كان لا مفر من ذلك فيجب عليهم انفسهم التاكيد من أن ممتلكاتهم الثمينة مؤمن عليها تأميناً كاملاً بايداعها لدى خزينة الأمن ، فلن تقبل المستشفى أيه مسؤولية مهما كانت عن فقد تلك الممتلكات الثمينة أو المتاع الشخصي الذي يحضرونه المرضى معهم الى المستشفى مهما كان السبب سواء نتج عن اهمال أو عدم امانة.
- الموقع أدناه يشهد بأنه يفهم هذا النموذج تماما و أنه حصل على نسخة منه و أنه أي المريض أو وكيل عنه سوف يقوم بتنفيذ التعليمات المدونة اعلاه و أنه يوافق عليها .

واجبات المريض

- احترام و إتباع السياسات و الاجراءات بالمستشفى
- احترام نظام المستشفى
- احترام المرضى الآخرين و جميع العاملين بالمستشفى
- إتباع الخطة العلاجية المخططة للمريض
- احترام مواعيد الزيارة الرسمية
- عدم دخول المأكولات من خارج المستشفى حفاظاً على صحة المرضى
- عدم دخول الاطفال أقل من 10 سنوات ما عدا ايام الجمع و العطلات الرسمية
- عدم دخول المواقد و السخانات و خلافه
- عدم الخروج من المستشفى أثناء الاقامة الا بإذن من ادارة المستشفى
- عدم الاحتفاظ بأى مبالغ كبيرة أو أشياء ذات قيمة و تسليمها لادارة المستشفى كأمانات
- الالتزام بالحفاظ على أثاث المستشفى

حقوق المريض

- الحقوق التي تحددها اللوائح و القوانين
- الحق فى الحصول على الرعاية اذا كانت متوفرة فى المستشفى
- الحق فى معرفة اسم الطبيب المعالج ، الطبيب المشرف و / الطبيب المسئول
- الحق فى الحصول على الرعاية التى تحترم قيم المريض و معتقداته الشخصية
- الحق فى معرفة القرارات المتعلقة برعايتهم و المشاركة فى اتخاذها
- الحق فى رفض الرعاية و عدم الاستمرار فى العلاج
- الحق فى الأمن و الخصوصية الشخصية و السرية و الكرامة
- الحق فى تبقى العلاج الملائم للألم
- الحق فى تقديم شكوى أو اقتراح دون خوف من التعرض للاضطهاد
- الحق فى معرفة أسعار الخدمات و الاجراءات

امضاء المريض / ممثل عنه :
الاسم و العنوان :



Admission Order Form

IN/P/2

نموذج أمر الرقود

نموذج الدخول

البيانات الشخصية والاجتماعية	البيانات الادارية
بيانات المريض	تاريخ الدخول: / / ٢٠
اسم المريض الرباعي:	ساعة الدخول:
اللقب:	طريقة الدخول:
العمر:	عبادة
الجنس:	طوارئ (اسم المسعف)
رقم البطاقة الشخصية:	إحالة
رقم التليفون/الجوال:	الدخول: ١ ٢ ٣ ٤ ملاحظة:
المهنة:	القسم:
الحالة الاجتماعية:	الغرفة:
العنوان:	تاريخ اخر دخول (في حال وجوده):
المحافظة:	رقم الملف:
الحي:	رقم التأمين الطبي (في حالة وجوده):
بيانات ولي الامر:	اسم ولي الامر:
اسم ولي الامر:	رقم البطاقة:
رقم البطاقة:	صلة القرابة:
صلة القرابة:	رقم التليفون:
رقم التليفون:	رقم الجوال:
رقم الجوال:	رقم الجوال:

ملاحظات:

نموذج الخروج

التشخيص النهائي:

نوع العمليات (في حالة توажدها):

الحالة عند الخروج:

شفاء	تحسن	إحالة	LAMA	DAMA	وفاة
					قبل ٢٤ ساعة
					بعد ٢٤ ساعة

إعتماد الخروج من الطبيب (الاسم والتوقيع):

إسم الموظف الخروج:

توقيع موظف الخروج:

ملاحظات:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

IN/P3

Patient Data Form

IN/P3

الغلاف وبيانات المريض

Republic of Yemen Ministry of Public Health & Population				الجمهورية اليمنية وزارة الصحة العامة والسكان	
HOSPITAL:				مستشفى:	
GOVERNORATE:				المحافظة:	
DISTRICT:				المديرية:	
DEPARTMENT OF		ADMISSION FILE		قسم:	
PATIENT'S NAME:				اسم المريض الرباعي:	
AGE:				العمر:	
FILE NUMBER:				رقم الملف:	
DATE: / /		هجري - ميلادي		التاريخ: / /	
TIME:				الوقت:	



Patient History Form

IN/P/4

نموذج تفاصيل القصة المرضية

Name: ----- Age: ----- Gender: ----- Nationality: ----- Informant: ----- Residence: -----	Patient Assessment Form	Name of Ward: ----- Name of Unit: ----- Room Number: ----- File Number: ----- Date of Admission: -----
--	------------------------------------	--

i. HISTORY:

Chief Complaint (s) & Duration:

History of Present illness:

Review to Other System: (kindly make a circle around the positive involved data).

Name of system	Finding (s)
General	Not doing well, Fatigue, weight loss, behavioral changes, appetite, fever
Skin	Rashes, moles, bruising, lumps, hair/nail changes
Eyes	Visual problem, eye pain or discharge
Ear, nose & throat	Runny nose, ear pain or discharge, change in voice, hearing problem
Cardiovascular	Chest pain, palpitation, excessive sweating after feeding, dyspnea, orthopnea, PND, syncope, cyanosis,
Respiratory	Cough, shortness of breath, audible breath sound, hemoptysis
Gastrointestinal	Nausea, vomiting, diarrhea, constipation, abdominal pain, jaundice
Hematological	Bleeding tendency,
Genitourinary	Frequency, dysuria, nocturia, enuresis, hematuria, polyuria, oliguria, incontinence, vaginal discharge, age of menarche (----- year)
Musculoskeletal	Weakness, joint pain, myalgia, gait abnormality, back pain, scoliosis
Neurological	Headache, seizure, vertigo, tremor, speech disorder, abnormal movements, sensory abnormalities
Endocrine	Growth delay, polyphagia, excessive thirst/fluid intake, heat /cold intolerance

Other (s) please specify:

Kindly elaborate more if any system review is positive



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

IN/P/4

Patient History Form

IN/P/4

نموذج تفاصيل القصة المرضية

PAST HISTORY	القصة المرضية السابقة:
SURGICAL HISTORY	أي عملية أو تدخل جراحي سابق:
PREVIOUS HOSPITALIZATION HISTORY	قصة أي رقود في مستشفى سابق:
DRUG HISTORY & ALLERGIES	قصة أي دواء استخدم أو يستخدم من قبل المريض وأي حساسية لدى المريض:
BLOOD TRANSFUSION HISTORY	قصة أي نقل دم في السابق:
FAMILY HISTORY	تاريخ العائلة المرضي:
SOCIAL HISTORY & HABITS:	القصة الاجتماعية والعادات للمريض:
RECENT TRAVEL HISTORY:	قصة أي سفر أو تنقل للمريض قريب:



Physical Exam Form

IN/P/5

نموذج تفاصيل الفحص السريري

PHYSICAL EXAMINATION:	الفحص السريري:
a. GENERAL EXAM:	أ. الفحص السريري العام:
GENERAL CONDITION	الحالة العامة للمريض
VITAL SIGNS: - PULSE RATE (PR): - BLOOD PRESSURE (BP): - RESP. RATE (RR): - TEMPERATURE: - SpO2:	العلامات الحيوية: - نبض القلب: - ضغط الدم الشرياني: - معدل التنفس: - درجة حرارة الجسم: - معدل تشبع الأكسجين:
ANTHROPOMETRICs: - WEIGHT: - HEIGHT: - OTHERs:	القياسات الانثروبولوجية: - وزن المريضة: - الطول: - أخرى:
HEAD & NECK:	الرأس والرقبة:
FACE:	الوجه:
SKIN & LYMPHATICs:	الجلد والأوعية الليمفاوية:



NEUROLOGICAL ASSESSMENT:	تقييم الجهاز العصبي:
CHEST WALL:	جدار الصدر:
LUNG:	الرئتين:
HEART:	القلب:
ABDOMEN:	البطن:
EXTREMITIES: FOR: - EDEMA - PULSE - MENTION POSITIVE SIGNS PRESENT	الأطراف: بحثاً عن: - التورم/الوذمة - النبض - أي علامات أخرى موجودة يتم تدوينها
b. LOCAL EXAMINATION:	ب. الفحص الموضعي:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

INP/7

PROBLEM LISTS:	قائمة المشاكل:
DIAGNOSIS:	التشخيص:
PROVISIONAL DIAGNOSIS:	التشخيص المبدئي:
DIFFERENTIAL DIAGNOSIS:	التشخيص التفريقي:
ADDITIONAL NOTES:	الملاحظات الاضافية:
NAME OF ATTENDANCE PHYSICIAN:	اسم الطبيب:
SIGNATURE:	توقيعه:
DATE:	التاريخ:
TIME:	الوقت:



Adult Assessment for venous thromboembolism

Date of admission: / /

Date: / /

Specialty:

Diagnosis:

Complete the risk assessment to determine your patients' risk level for venous thromboembolism (VTE).

1 point per risk factor	2 point per risk factor	3 point per risk factor	5 point per risk factor
<input type="checkbox"/> Age 41–60 years <input type="checkbox"/> Minor surgery <input type="checkbox"/> BMI >25 kg/m ² <input type="checkbox"/> Swollen legs <input type="checkbox"/> Varicose veins <input type="checkbox"/> Pregnancy or postpartum <input type="checkbox"/> History of unexplained or recurrent spontaneous abortion <input type="checkbox"/> Oral contraceptives Or hormone replacement <input type="checkbox"/> Sepsis (<1 month) <input type="checkbox"/> Serious lung disease, including pneumonia (<1 month) <input type="checkbox"/> Abnormal pulmonary function <input type="checkbox"/> Acute myocardial infarction <input type="checkbox"/> Congestive heart failure (<1 month) History of inflammatory bowel disease <input type="checkbox"/> Medical patient at bed rest <input type="checkbox"/> Other risk factors:	<input type="checkbox"/> Age 61–74 years <input type="checkbox"/> Arthroscopic surgery <input type="checkbox"/> Major open surgery (>45 minutes) <input type="checkbox"/> Laparoscopic surgery (>45 minutes) <input type="checkbox"/> Malignancy <input type="checkbox"/> Confined to bed (>72 hours) <input type="checkbox"/> Immobilizing plaster cast <input type="checkbox"/> Central venous access	<input type="checkbox"/> Age ≥75 years <input type="checkbox"/> History of VTE <input type="checkbox"/> Family history of VTE Factor V Leiden <input type="checkbox"/> Prothrombin 20210A <input type="checkbox"/> Lupus anticoagulant <input type="checkbox"/> Anticardiolipin antibodies <input type="checkbox"/> Elevated serum Homocysteine <input type="checkbox"/> Heparin-induced thrombocytopenia <input type="checkbox"/> Other congenital or acquired thrombophilia If yes: Type	<input type="checkbox"/> Stroke (<1 month) <input type="checkbox"/> Elective arthroplasty <input type="checkbox"/> Hip, pelvis or leg fracture <input type="checkbox"/> Acute spinal cord injury (<1 month)
Subtotal:.....	Subtotal:.....	Subtotal:.....	Subtotal:.....

TOTAL RISK FACTOR SCORE:..... Decision:.....

Physician Signature: Date: / / Time:



PHYSICIAN PROGRESS NOTES

ملاحظات التقدم الاكلينيكي الخاص بالطبيب

تاريخ الدخول : / / القسم :

Physician Progress Notes	
Date And Time	.....
New Complaint	.....
Relevant Clinical Findings	.....
Significant Results Of Investigations	.....
Plan Of Care*	.....
Signature & Stamp	.....

Physician Progress Notes	
Date And Time	.....
New Complaint	.....
Relevant Clinical Findings	.....
Significant Results Of Investigations	.....
Plan Of Care*	.....
Signature & Stamp	.....



Consultation Report

IN/P/10

نموذج ملاحظات استشارة طبية

File Number: ----- Name: ----- Age: -----Gender-----	Consultation Request Report	Name of Unit: -----Room n.:----- From department of: ----- To department of: -----
--	--	--

Dear doctor

I shall be grateful if you can review the clinical state of the above named patient & advice

Regular	Urgent	Emergent
Date &	Summary of Patient's Condition & Purpose of Consultation	
	Doctor's Name & Signature:	
Date & Time	Opinion & Advice of The Requested Consultant	
	Doctor's Name & Signature:	





الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

الصفحة INDEX

NURSING FORMS IN INPATIENT DEP.

N

نماذج التمريض



الجمهورية اليمنية

الملف الطبي الموحّد

نماذج التمريض



Inpatient Initial Nursing Assessment Form

INN/1

نموذج تقييم الحالة الأولي للتمريض

INPATIENT INITIAL NURSING ASSESSMENT FORM

معلومات الدخول :

ميعاد الوصول : من : القسم :

التشخيص عند الدخول :	التاريخ : / / حالة الدخول : نقالة <input type="checkbox"/> كرسى <input type="checkbox"/> سائر <input type="checkbox"/> أخرى :
--	--

المعلومات التالية من : المريض العائلة / صديق أخرى :
.....

السكر بالدم	الطول	الوزن	ضغط الدم	معدل التنفس	الحرارة
.....
المقتنيات		حقوق المريض		التعرف على الغرفة	
هل هناك مقتنيات كانت مع المريض عند دخوله للمستشفى : نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> في حالة نعم هل : - حفظ مع المريض <input type="checkbox"/> - اخذ بواسطة : - تم تأمينه بواسطة :		تم تسليم وثيقة بحقوق المريض وشرحها الى : - المريض <input type="checkbox"/> - الأقارب <input type="checkbox"/> - أخرى :		- التليفون <input type="checkbox"/> - اسورة التعريف <input type="checkbox"/> - عدم التدخين <input type="checkbox"/> - الحمام <input type="checkbox"/> - الريموت <input type="checkbox"/> - ادوات التمريض <input type="checkbox"/> - جرس الاستدعاء <input type="checkbox"/> - احتياطات السقوط (جوانب السرير - علو السرير - تفادى الارض المبتلة - الخ)	

الحساسية : نعم لا في حالة نعم : دوائية غذائية أخرى :
.....
في حالة وجود حساسية اذكرها :
في حالة وجودها يتم ارتداء اسورة الحساسية ووضع علامة على الملف .

فحص الالم : وجود الالم : نعم لا اذا وجد يتم التقييم :
.....

تقييم الأذى و الاهمال:

1- هل تحس بالامان في المنزل؟ نعم لا اذا لا لماذا :
.....

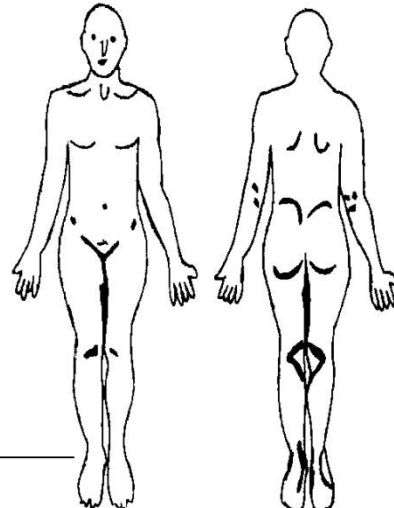
2- هل تم ايدائك جسمانيا ، لفظيا ، أو ماديا ، خلال السنوات السابقة نعم لا - اشرح
.....

مدخن شارب كحول متعاطي مخدرات لا شئ

BODY / SKIN SCREENING

وضوح الكود لتوضيح المكان:- وضع الرمز على المكان : Indicate code to show location and describe below :

- | | |
|---|-----------------------------------|
| C- Contusion | كدمات |
| L- Lacerations | سحجات |
| R- Rashes | طفح |
| S- Scars | ندبات * Parasite (scabies / lice) |
| BS- Bed sores | فمّل / جرب - طفيليات قرح فراش |
| T- Limbs | الأطراف |
| ارتفاع الحرارة Hotness - إحممرار Redness - ورم Oedema - مرتخي Lax * | |
| B- Bruises | كدمات |
| X- Body piercing | نتؤات جسدية |
| O- Other (specify) | أخرى (حدد) |



Tinea Pedis : Yes No نيبا الأصابع

Describe (وضح)

Blood born disease : أمراض ناجمة عن نقل الدم Yes No



INPATIENT INITIAL NURSING ASSESSMENT FORM
التقييم الغذائي INITIAL NUTRITIONAL SCREENING

التاريخ: / / الوقت:

نوع الطعام الذي كان يتناوله في المنزل:

Regular عادي	Diabetic سكري	Salt ملح	N	L	H	Protein بروتين	N	L	H	Fat دهون	N	L	H
-----------------	------------------	-------------	---	---	---	-------------------	---	---	---	-------------	---	---	---

التاريخ	غثيان	قيء	صعوبة البلع
تغذية بالأنبوب	فقدان الوزن	التغذية الوريدية	
تقييم النعم	جاف	التهاب	دليل التقييم:
الشهية	ضعيفة		- عالية الخطورة: تحديد عدد 3-4 مخاطر
الاسنان	فقد الاسنان		- متوسط الخطورة: تحديد عدد 2 مخاطر
السيدات	حامل		- عديم الخطورة: تحديد عدد 0-1 مخاطر
كبار السن	أكبر من 70 سنة دخول للعمليات		
الاطفال الرضع	اسهال مستمر	جسم صغير بالنسبة للعمر	

درجات التقييم: -عالي الخطورة -متوسط الخطورة -عديم الخطورة
إذا كانت الخطورة متوسطة أو عالية، برجاء اخطار اخصائي التغذية.

معاينة الوظائف

الاعتماد على النفس	الجهاز الحركي	الاجهزة المساعدة
<input type="checkbox"/> لا يوجد مشكلة <input type="checkbox"/> يحتاج رعاية (ما نوع الرعاية) <input type="checkbox"/> اعتماد كلي <input type="checkbox"/> التغذية <input type="checkbox"/> النظافة <input type="checkbox"/> دخول الحمام <input type="checkbox"/> الحركة	<input type="checkbox"/> لا يوجد مشكلة <input type="checkbox"/> تشوهات <input type="checkbox"/> تيبس عضلي <input type="checkbox"/> مبتور <input type="checkbox"/> ملازم الفراش <input type="checkbox"/> الالم بالعضلات	<input type="checkbox"/> لا يوجد مشكلة <input type="checkbox"/> مشاية <input type="checkbox"/> كرسي نتحرك <input type="checkbox"/> جهاز انتقال <input type="checkbox"/> جهاز استحمام <input type="checkbox"/> رافع مقعد المرحاض <input type="checkbox"/> أخرى:

أي مشكلة يتطلب ان يتم اخطار الطبيب للتحويل للعلاج الطبيعي

النوم / الراحة	التقييم النفسي
<input type="checkbox"/> لا يوجد مشاكل <input type="checkbox"/> مكتئب <input type="checkbox"/> غضبان <input type="checkbox"/> أخرى:	<input type="checkbox"/> لا يوجد مشاكل <input type="checkbox"/> أخرى:

H:عالي

L: قليل

N: طبيعي



INPATIENT INITIAL NURSING ASSESSMENT FORM

تقييم مخاطر السقوط

- عدم اتران الحركة (ترحيف - تمايل) (٣) تاريخ سكتة دماغية (١) دوار أو اغماء (٢) فاقد التركيز (٢)
- ضعف عام (٣) هشاشة عظام (١) تناول لبلى / تناول لا ارادى (٢) ضعف فى السمع و النظر (٢)
- حدوث سقوط فى آخر ١٢ شهر (٣) تاريخ نوبات دوخة و اغماء (٢) ٧٠ سنة أو أكثر (١)
- أدوية عالية الخطورة (مدرات للبول - أدوية مخدرة - أدوية مهدئة - أدوية نفسية) (٢)

* تقييم درجة خطر السقوط عند الدخول :

درجة التقييم (٣) أو أقل : تعنى احتمالية حدوث سقوط منخفضة (٤) أو أكثر : تعنى احتمالية حدوث سقوط عالية
* نفذ كل التعليمات الآتية ، و اختار الاسبب :

- ١- ضع اسورة للمريض مكتوب عليها حرف (F) ثم ضع (F) على باب حجره المريض
- ٢- أبلغ أهل المريض وجميع أفراد التمريض بأن المريض معرض لخطر السقوط
- ٣- السؤال بصورة متكررة عن الرغبة فى الذهاب الى الحمام
- ٤- الامان البيئى : تجنب زحام الحجره ، احتفظ بالجرس و التليفون قريب ، اترك باب الحجره مفتوح ، وفر اضاءة ليلا بالغرقة ، ارفع جوانب السرير.
- ٥- عدم ترك أشياء غير مرغوب بتواجدها على الكودينو بجوار السرير أو بالحمام.
- ٦- التنبيه على العاملين بالمساعدة على الاتران اثناء المشى
- ٧- ملاحظة المريض اثناء الجلوس على الكرسي المتحرك لضمان عدم السقوط
- ٨- وسائل أمان أخرى ، تذكر :

التقييم الاجتماعى :

البيئة المحيطة	يعيش بمفرده	مع الاسرة	بدون مسكن	أخرى
احتياجات خاصة	سمع	البصر	الكلام	لغة

التقييم الاقتصادى:

التغطية الطبية	تأمين	غير قادر على الدفع	يدفع بنفسه	تعاقد
----------------	-------	--------------------	------------	-------

خطة تقييم الخروج :

- ماهر المكان الذى فيه العناية بعد الخروج ؟ المنزل أخرى :
- هل لديك مساعدة فى البيت ؟ نعم لا
- هل تستطيع العناية بنفسك دون مساعدة ؟ نعم لا
- هل لديك استعداد للقيام بالمهام التالية :
- الاستحمام نعم لا استخدام الحمام نعم لا صعود السلالم نعم لا وظائف المنزل نعم لا زيارة الاطباء نعم لا المواعيد نعم لا
- هل تستخدم آلات خاصة؟ نعم لا تذكر :
- هل أحضرت هذه الالات معك للمستشفى؟ نعم لا

توقيع الممرضة :

توقيع الطبيب :



Fluid Balance Chart

IN/N/9

نموذج خريطة توازن السوائل

Fluid Balance
خريطة السوائل

Date التاريخ	Time الوقت	الداخل INTAKE				الخارج OUTPUT			Signature التوقيع		
		PARENTERAL		N / G الرايل	ORAL بالقم	URINE كمية البول	Drain درنقة	Others أخري			
		Fluid السوائل	BL . product مكونات الدم								
08 am											
09 am											
10 am											
11 am											
12 pm											
13 pm											
TOTAL											
14 pm											
15 pm											
16 pm											
17 pm											
18 pm											
19 pm											
TOTAL											
20 pm											
21 pm											
22 pm											
23 pm											
24 am											
01 am											
02 am											
03 am											
04 am											
05 am											
06 am											
07 am											
TOTAL											
		Total (24 hr.) , intake =				c.c.		Output =		c.c.	
Line	Position	Insert date	Site check			TOTAL BALANCE					

تاريخ الدخول : / / التشخيص.....



Drug Distribution Form

IN/N/12

قائمة توزيع الأدوية

Regular Drug Prescriptions and Administration

تاريخ الدخول : / / الطبيب المعالج:
النشخيص :
الوزن: الطول: الحساسية:

Drugs	Time	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Date	Drug Return
Drug :									
Dose	Route								
Days	Freq								
Date									
Direction									
Physician Sig									
Pharmacy									
Drug :									
Dose	Route								
Days	Freq								
Date									
Direction									
Physician Sig									
Pharmacy									
Drug :									
Dose	Route								
Days	Freq								
Date									
Direction									
Physician Sig									
Pharmacy									
Drug :									
Dose	Route								
Days	Freq								
Date									
Direction									
Physician Sig									
Pharmacy									

OMITED OR POSTPONED DOSES

Date	Time	Drug	Reason	Name of notified Physician	Nurse Sig
			<input type="checkbox"/> Med Is not available Other <input type="checkbox"/> Pt. refused Med		
			<input type="checkbox"/> Med Is not available Other <input type="checkbox"/> Pt. refused Med		
			<input type="checkbox"/> Med Is not available Other <input type="checkbox"/> Pt. refused Med		



Case Handover Checklist

IN/N/13

قائمة استلام وتسليم الحالة

File Number: -----	Handover Checklist	Name of Ward: -----
Name: -----		Name of Unit: ----- -Room Number: -----
Age: -----Gender -----		Date of admission: -----

n.	Endorsement Information	Shift A			Shift B			Shift C		
		good	comfortable	Poor	good	comfortable	Poor	good	comfortable	Poor
1	General condition of the patient	critical	confused	oriented	critical	confused	oriented	critical	confused	oriented
2	Recent changes in patient, s condition	deteriorated	better	same	deteriorated	better	same	deteriorated	better	same
		Dr. informed: Yes No			Dr. informed: Yes No			Dr. informed: Yes No		
		See nurses notes			See nurses notes			See nurses notes		
3	Patient complain/problem reaction to medication/ incident	No problem	incident	fever	No problem	incident	fever	No problem	incident	fever
		pain	allergy	other	pain	allergy	other	pain	allergy	other
		See nurses notes			See nurses notes			See nurses notes		
		Remarks			Remarks			Remarks		
4	New therapeutic procedures/measures/ Blood /operation/medication	operation	Foley's	Iv line	operation	Foley's	Iv line	operation	Foley's	Iv line
		X ray	Chest tube	dressing	X ray	Chest tube	dressing	X ray	Chest tube	dressing
		Central line	blood	chemotherapy	Central line	blood	chemotherapy	Central line	blood	chemotherapy
		Other			Other			Other		
		Remarks			Remarks			Remarks		
5	Patient is at risk for	No risk	infection	fall	No risk	infection	fall	No risk	infection	fall
		bleeding	Bed sores	other	bleeding	Bed sores	other	bleeding	Bed sores	other
		See nurses notes			See nurses notes			See nurses notes		
6	Patient received diet	Yes -----	no-----	NPO	Yes -----	no-----	NPO	Yes -----	no-----	NPO
7	Patient is prepared for	Yes for-----/No			Yes for-----/No			Yes for-----/No		
8	Blood drawn	Yes for----- -----/No			Yes for----- -----/No			Yes for----- -----/No		
9	Notes									
Handing over doctors:										
Receiving doctors:										
Date & Time										



التثقيف الصحي للمريض

التاريخ: / / القسم:

تقييم مبدئي للاحتياجات التعليمية للمريض / الأسرة (هذا الجزء يُملأ بمعرفة التمريض)

التعليم:

مؤهل عالي مؤهل متوسط يقرأ وتكتب أمي

الحالة النفسية والقابلية للتعلم:

يريد ويستجيب لا يريد ولا يستجيب

عوائق للتثقيف:

عضوية (السمع - الكلام) معرفية (مستوى الذكاء والاستيعاب)

بناءً على المعلومات السابقة سيتم تقديم التثقيف لـ المريض الأسرة

طريقة التثقيف: شفاهة مكتوبة

أخرى (انذكر)

شرح من قبل كوادراً أخرى. (حدد)

.....

شرح من قبل الطبيب	تم	التوقيع
شرح التشخيص الطبي		
شرح طريقة العلاج والاثار الجانبية		
شرح الاجراءات أو الفحوصات المطلوبة قبل إجرائها		
شرح التفاعل الغذائى الدوائى		
التأهيل الوظيفى (العلاج الطبيعى) عند الحاجة		
هل هناك حاجة لحضور برنامج تثقيفى إضافى		
تعليمات الخروج والمتابعة		
هل تم استيعاب تعليمات الخروج والمتابعة		
<u>شرح من قبل التمريض</u>		
هل تم شرح النظام الغذائى		
تقليل المخاطر مثل التدخين واهمية الرياضة والنظام الغذائى		



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:
SURGICAL INPATIENT WARD			قسم (رقود) الجراحة	



الجمهورية اليمنية

رقود قسم الجراحة

الملف الطبي الموحّد



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:
Patient Data Form		SIN/P/1	الغلاف وبيانات المريض	

Republic of Yemen Ministry of Public Health & Population		الجمهورية اليمنية وزارة الصحة العامة والسكان
HOSPITAL:		مستشفى:
GOVERNORATE:		المحافظة:
DISTRICT:		المديرية:
	SURGICAL ADMISSION FILE	ملف رقود قسم الجراحة
PATIENT'S NAME:		اسم المريض الرباعي:
AGE:		العمر:
FILE NUMBER:		رقم الملف:
DATE: / /	هجري - ميلادي	التاريخ: / /
TIME:		الوقت:



File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:
Patient Assessment Form		SIN/P/2	نموذج تقييم المريض (القصة المرضية والفحص السريري)	

Name:	Patient Assessment Form	Name of Ward:
Age:		Name of Unit:
Gender:		Room Number:
Nationality:		File Number:
Informant:		Date of Admission:

i. HISTORY:

Chief Complaint (s) & Duration:

History of Present illness:

Review to Other System: (kindly make a circle around the positive involved data).

Name of system	Finding (s)
General	Not doing well, Fatigue, weight loss, behavioral changes, appetite, fever
Skin	Rashes, moles, bruising, lumps, hair/nail changes
Eyes	Visual problem, eye pain or discharge
Ear, nose & throat	Runny nose, ear pain or discharge, change in voice, hearing problem
Cardiovascular	Chest pain, palpitation, excessive sweating after feeding, dyspnea, orthopnea, PND, syncope, cyanosis
Respiratory	Cough, shortness of breath, audible breath sound, hemoptysis
Gastrointestinal	Nausea, vomiting, diarrhea, constipation, abdominal pain, jaundice.
Hematological	Bleeding, pallor, petechiae, ecchymosis.
Genitourinary	Frequency, dysuria, nocturia / enuresis, hematuria, polyuria, oliguria, incontinence, vaginal discharge, age of menarche (---- year)
Musculoskeletal	Weakness, joint pain, myalgia, gait abnormality, back pain, scoliosis
Neurological	Headache, seizure, vertigo, tremor, speech disorder, abnormal movement, sensory abnormalities
Endocrine	Growth delay, polyphagia, excessive thirst /fluid intake, heat /cold intolerance

Other (s) please specify:

Kindly elaborate more if any system review is positive



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:
Patient Assessment Form		SIN/P/2	نموذج تقييم المريض (القصة المرضية والفحص السريري)	

Past History & Surgical History & Previous Hospitalization history: (kindly add duration if positive)
Drug (s) History , Allergies, Blood transfusion :
Family history
Social History & Habit(s):
Recent travel history:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Patient Assessment Form

SIN/P/2

نموذج تقييم المريض (القصة المرضية والفحص السريري)

ii. EXAMINATION:

General condition

Vital signs

Pulse rate: /minute

Blood pressure: mmHg

Respiratory rate: /minute

Temperature:

SpO2:

Anthropometric measurement

Weight: Kg

Height : cm

BMI : m²

Other(s)



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Patient Assessment Form

SIN/P/2

نموذج تقييم المريض (القصة المرضية والفحص السريري)

Head & neck

Face:

Skin & Lymphatic's:

Neurological assessment:

Chest Wall & Lung:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:
Patient Assessment Form		SIN/P/2	نموذج تقييم المريض (القصة المرضية والفحص السريري)	

Heart:
Abdomen:
Extremities: (pulse, edema , mention positive present sign)
iii. PROBLEM LIST:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:
Patient Assessment Form		SIN/P/2	نموذج تقييم المريض (القصة المرضية والفحص السريري)	

iv. DIAGNOSIS:

A- PROVISIONAL DIAGNOSIS:

B- DIFFERENTIAL DIAGNOSIS:

v. ADDITIONAL NOTES:

Name of attendance physician & Signature:

Date & Time



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:
OT/RR FILE		3	ملف العمليات والافاقه	

Republic of Yemen Ministry of Public Health & Population		الجمهورية اليمنية وزارة الصحة العامة والسكان
HOSPITAL:		مستشفى:
GOVERNORATE:		المحافظة:
DISTRICT:		المديرية:
	OT FILE	ملف العمليات
DEPARTMENT:		قسم عمليات:
PATIENT'S NAME:		اسم المريض الرباعي:
AGE:		العمر:
FILE NUMBER:		رقم الملف:
DATE: / /	هجري - ميلادي	التاريخ: / /
TIME:		الوقت:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Anesthesia Consent

CON/P/1

نموذج الموافقة على اجراء التخدير

أقر أنا

انني قد وافقت علي اجراء التخدير او بحسب مايراة طبيب التخدير مناسباً

لنفسي (ابني ،ابنتي ،زوجتي ،زوجي ،والدي ،والدتي ،اخي ،اختي).....

.....

وقد قام طبيب التخدير بشرح المعلومات لي من حيث طبيعة اجراء التخدير وفوائده والمضاعفات الأكثر والأقل شيوعاً أثناء عملية التخدير والأفائة منها وبما يتناسب مع (وضعي / وضع مريض) الصحي كما اكد لي انة في حالة حدوث اي مضاعفات لاسمح الله فانه سيتم التعامل معها بحسب وفاعلية ولكن دون أي ضمان للنتائج .

كما أخبرني بالاحتياطات والتعليمات التي علي اتباعها قبل العمليات

وشرح لي الطبيب التخدير أيضا وجود نسبة خطورة متوسطة / عالية وذلك نتيجة وجود

.....

.....

.....

هذا فاني مع علمي بكل ماسبق افوض اطباء التخدير بمستشفى في اختيار نوع و طريقة التخدير واتخاذ كل مايلزم من الإجراءات من أجل اعطائي تخدير فعال وآمن من دون تعهد او ضمان من جهة الطبيب او المستشفى.



اسم المريض: _____ التوقيع: _____ البصمة



اسم ولي أمر المريض: _____ التوقيع: _____ البصمة

اسم طبيب التخدير: _____ التوقيع: _____

اسم الشاهد: _____ التوقيع: _____



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Surgery Consent	CON/P/2	الموافقة على إجراء عملية جراحية
------------------------	----------------	--

اقرار بالموافقة على إجراء عملية جراحية	
أقر أنا:	
المقيم بعنوان:	
انني قد وافقت على إجراء عملية:	
لنفسي (ابني، ابنتي، زوجي، زوجتي، والدي، والدتي، أخي، اختي)	
تحت التخدير: أو بحسب ما يراه أخصائي التخدير مناسباً لحالة المريض:	
علماً بأنه قد قام الطبيب المعالج بشرح طبيعة العملية والهدف منها وهو:	
وبدائلها مثل:	
كما قام الأطباء المعالجون بإيضاح المضاعفات التي قد تحدث نتيجة للعملية الجراحية مثل:	
.....	
.....	
.....	
.....	
كما قام أطباء التخدير بإيضاح المضاعفات التي قد تحدث نتيجة اعطاء التخدير مثل:	
.....	
.....	
وأبديت قبولي لذلك.	
كذلك أوافق على إجراء أي عمليات أخرى أو بديلة تتضح الحاجة إليها أثناء سير العملية بما في ذلك إجراء أي عملية أخرى (ثانوية) مرتبطة بالعملية الأصلية ارتباطاً لازماً أو نقل دم إذا ما دعت الضرورة إلى ذلك.	
التاريخ:	
توقيع المقر:	
صلة القرابة:	
الرقم الوطني (البطاقة الشخصية):	
اسم الطبيب الجراح:	
التوقيع:	
التاريخ:	



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:
High Risk Surgery Consent		CON/P/3	الموافقة على إجراء عملية جراحية عالية الخطورة	

اقرار الموافقة على إجراء عملية جراحية عالية الخطورة				
أقر أنا المريض:	رقم البطاقة:			
أقر أنا ولي أمر المريض:	وبصفتي: رقم البطاقة:			
الموقع أدناه باتني قد تلقيت جميع المعلومات اللازمة بخصوص:				
اولا: حالتي المرضية/حالة مريضي واحتمالية نجاح علاجها وطبيعة العملية والهدف منها وهو:				
ثانيا: العلاج/ الاجراء المقترح من قبل الطبيب المعالج وهو:				
ثالثا: قد قام الطبيب المعالج بالشرح الوا في لهذه العملية متضمنا درجة خطورة هذه العملية والاطار والمضاعفات التي قد تنجم عن اجرائها للمريض المذكور نظرا لحالته الصحية وخطورة العملية بالنسبة له واحتمال اصابته بمضاعفات أثناء أو بعد العملية الجراحية مثل ازدياد حالته سوءا أو احتياجه للبقاء في غرفة العناية المركزة لفترة طويلة أو وفاته لا قدر الله أو غير ذلك مثل:				
1				
2				
3				
4				
5				
6				
لقد تم اعطاني كامل الفرصة والوقت الكافي لطرح أي أسئلة متعلقة بحالتي المرضية وعلاجها؛ كما انه تم ابلاغي بأن لي كامل الصلاحية والحرية لرفض اية تدخلات جراحية لي/لمريضي ووجد أنها تخدم مصلحتي وتأجيلها سوف يضر بصحتي.				
كذلك أوافق على إجراء أي عمليات بديلة كانت جراحية/بالمعنى تنصح الحاجة اليها أثناء سير العملية فلقد تم ابلاغي بكل الاحتمالات الممكنة اكتشفها وعليه؛ فباتني اعطيت القبول الاتم لإجراء اية تدخلات متعلقة بذلك حسب مايقدره الطبيب المعالج ويراه الأفضل لحالتي المرضية/حالة مريضتي.				
انني وبعد التوكل على الله أفوض الطبيب:				
بعلاج حالتي متضمنا تلك اية تدخلات تشخيصية أو علاجية لاحقة نتيجة العلاج/الاجراء.				
وان تفويضي هذا موصول للطبيب المعالج الأساسي كذلك لجميع الأطباء والتمريض والفنيين المساعدين الذين يعملون في المستشفى، ولا يحق لي تحميل أو مطالبة المستشفى أو أحد كوادره أي مسنولية وتعويضات مادية أو غيرها في حالة حصول مضاعفات أو الوفاة اذا قدر الله للمريض وغيرها جراء ذلك.				
كما أقر بأن اطباء التخدير قد قاموا بشرح واطراح المضاعفات التي قد تحدث نتيجة اعطاء التخدير مثل:				
وهذا اقرار مني بذلك وانا بكامل اهليتي الصحية والعقلية. والله على ما أقول شهيد.				
اسم المريض أو ولي الأمر	الرقم الوطني	التوقيع	البصمة	التاريخ
اسم الشاهد الأول	الرقم الوطني	التوقيع	البصمة	التاريخ
اسم الشاهد الثاني	الرقم الوطني	التوقيع	البصمة	التاريخ
اسم الطبيب المعالج		التوقيع		



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Medical Fitness Form	OT/P/1	نموذج اللياقة الباطنية
-----------------------------	---------------	-------------------------------

Medical Fitness		اللياقة الباطنية	
Surgical Problem:		التشخيص الجراحي:	
Surgical Procedure:		التدخل الجراحي:	
Brief History:		مختصر القصة المرضية:	
Previous Medical Illness:		التاريخ المرضي السابق:	
Medication in Use:		الأدوية المستخدمة:	
Previous Surgical History:		التاريخ المرضي الجراحي:	
Physical Examination:		الفحص السريري:	
Investigations:		الفحوصات:	
Conclusion:		الاستنتاج:	
Fit for Anesthesia		لياقة للتخدير	
Fit with Precautions:		لائق للتخدير مع محاذير:	
Not fit:		غير لائق للتخدير:	
Notes:		ملاحظات:	
Precautions:		المحاذير:	
Consent:		الموافقة:	
Regular Consent		اعتيادية	
High Risk consent		عالية الخطورة	
Notes:		ملاحظات:	
Doctor Name:		اسم الطبيب:	
Signature:		التوقيع:	
Date:		التاريخ:	



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number: اسم المريض:
Name: رقم الملف:
Age: العمر:
Gender: الجنس:
Diagnosis: التشخيص:

شعار
المستشفى

Ward: القسم:
Unit: الوحدة:
Room No.: رقم الغرفة:
DOA: تاريخ الرقود:
ID No.: الرقم الوطني:

Pre-Anesthesia Assessment Record
(Physician) Form

OT/P/3

نموذج فحص الحالة قبل العملية من قبل المخدر
(موافقة التخدير)

PRE-ANESTHESIA ASSESSMENT FORM

Physical Examination:

- Vital Signs:
Temp: BP:
PR: RR: Spo2:
- Lung: Clear to auscultation
OR:
- Heart: Regular rhythm + no murmurs
OR:

Others.....

Airway Examination:

Mallampati score: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
<input type="checkbox"/> Dentures <input type="checkbox"/> Caps/Crowns <input type="checkbox"/> Overbite <input type="checkbox"/> Loose teeth
ROM: <input type="checkbox"/> Full <input type="checkbox"/> Limited <input type="checkbox"/> None
<input type="checkbox"/> Mouth Opening: 1 2 3
<input type="checkbox"/> Thyromental Space: 1 2 3 4 5 6 7
<input type="checkbox"/> ASA Class: 1 2 3 4 5 6

Lab Works:

WBC:	Hct.:	PLT:
Hb.:	BG:	Na:
K:	Mg:	Ca:
BUN:	Cr.:	Glucose:
AST:	ALT:	Albumine:
Bilirubin:	Direct:	Indirect:
PT:	PTT:	INR:
pH:	Pao2:	PaCO2:
HCO3:		

Investigation:

- CXR: EKG:
- Date: Date:
- Echo: Others:

● Note.....

- The risks, benefits, and alternatives of GA, Reg. and Loc./sed. have been discussed.
The plan is: GA Regional IV sedation TIVA MAC
And/OR:

Date:

Time:

Signature

Anesthesia

Anesthesia Record

Patient Name : _____ Procedure: _____ NPO Since : _____ hour Date: ___/___/___

Agent %		Time												Total	Patient safety			
		O2 FL/L /min													<input type="checkbox"/> Anes. Machine Check	ARM		
	6																<input type="checkbox"/> Padded	<input type="checkbox"/> Restraint
	N2o 5																<input type="checkbox"/> At side	<input type="checkbox"/> ABD < 90
	Deso 4																<input type="checkbox"/> Taped	<input type="checkbox"/> Lubed
	Sevo 3																<input type="checkbox"/> Padded	<input type="checkbox"/> TEETH
	Iso 2																<input type="checkbox"/> Time out	
	Halo 1																	
O2 FL/L /min																		
M O N I T O R S	SaO2%																<input type="checkbox"/> EYE	
	EtCo2																<input type="checkbox"/> Taped	
	ECG																<input type="checkbox"/> Lubed	
	TEM																<input type="checkbox"/> Padded	
	EBL																<input type="checkbox"/> Time out	
	UOP																	
F L U I D																	<input type="checkbox"/> Anesthesia Technique	
																	<input type="checkbox"/> General	
Blood Transfusion																	<input type="checkbox"/> Sedation	
Time																	<input type="checkbox"/> Airway	
N I B P A V H R • A B P A M A P Δ Ane.start x Surg.Start O Time of Intubation ↓ Time of Extubation ↑ Tourniquet T	240																<input type="checkbox"/> Endobronchial	
	230																<input type="checkbox"/> Easy	<input type="checkbox"/> Difficult
	220																<input type="checkbox"/> Rapid Sequence Induction with Cricoid Pressure	
	210																Tube Size _____ Secured at _____ cm	
	200																Ventilator Sitting	
	190																<input type="checkbox"/> Spontaneous	
	180																<input type="checkbox"/> Mechanical	
	170																Mode _____	
	160																Tidal Vol. _____ (ml)	
	150																Resp. Rate _____	
	140																Peep _____ (cm H2O)	
	130																Peak pre. _____ (cm H2O)	
	120																Anesthesiologist:	
	110																Dr\ _____	
	100																Assistant:	
	90																_____	
80																Surgeon:		
70																Dr\ _____		
60																Assistant:		
50																_____		
40																		
30																		
20																		
10																		
0																		

Regional Anesthesia Procedure: _____ _____ _____	Preparation : _____ _____ Needle : _____ Size _____ Attempts _____	Drug _____ Dose _____ 1- _____ 2- _____ 3- _____ 4- _____
---	--	---

Post Anesthesia Care Unit(PACU) <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Time _____</td> <td>B/P: _____ / _____ mmHg</td> <td>HR: _____ bpm</td> <td>S O2 Sat _____ %</td> </tr> </table> Conscious Level <input type="checkbox"/> Fully Awake <input type="checkbox"/> Arousable on Calling <input type="checkbox"/> Not Responsive Respiration <input type="checkbox"/> Breathes and Coughs Freely <input type="checkbox"/> Dyspnea or Shallow <input type="checkbox"/> Apneic Activity <input type="checkbox"/> Move All Limbs <input type="checkbox"/> Move two limb <input type="checkbox"/> No Movement Post-Operative Note: _____ _____	Time _____	B/P: _____ / _____ mmHg	HR: _____ bpm	S O2 Sat _____ %	REMARK: 1- _____ 2- _____ 3- _____ 4- _____ 5- _____ 6- _____ 7- _____ 8- _____
Time _____	B/P: _____ / _____ mmHg	HR: _____ bpm	S O2 Sat _____ %		

INTRA OPERATIVE ANESTHESIA RECORD (PHYSICIAN)

Date :		OR no. :		Age & Sex :		Weight :		Kg	
Pre-Op. Diagnosis :				Operation :		<input type="checkbox"/> Elective		<input type="checkbox"/> Emergency	
Anesthesiologists :				/		Surgeons :			
OR Time : In (		) Out (		) Position :		Tourniquet :			
Patient condition changed from the pre-anesthesia assessment : <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes									
If Yes : NPO for :									
GCS :		Pulse :		Blood Pressure :		Spo2			
Immediate pre-anesthesia assessment : 00 00 00 Time : 00									
Level of Consciousness								Remarks	
Skin Color								1-	
SPO2								2-	
EtCO2								3-	
O2/N2O								4-	
Iso/Sevo								5-	
CVP Temp.		BP		P		00		00	
20		40		200		200		00	
18		38		180		180		00	
16		36		160		160		00	
14		34		140		140		00	
12		32		120		120		00	
10		30		100		100		00	
8		28		80		80		00	
6		26		60		60		00	
4		24		40		40		00	
2		22		20		20		00	
0		20		10		10		00	
Fluid Balance								Urine	
In				Out				Blood Loss	
Net Balance								Ventilation	
Spont				IPPV				RR:	
Vt:				RR:					
Anesth. Technique <input type="checkbox"/> General Anesthesia <input type="checkbox"/> Regional Anesthesia <input type="checkbox"/> Sedation <input type="checkbox"/> Local Anesthesia									
Induction of Anesth.									
Medications & Fluids		Bolus		Increments				Total	

<input type="checkbox"/> General An.	<input type="checkbox"/> Mask	<input type="checkbox"/> LMA	<input type="checkbox"/> ETT	<input type="checkbox"/> Cuff	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Nasal	Size :	<input type="checkbox"/> Easy	<input type="checkbox"/> Diff
<input type="checkbox"/> Regional An.	Type :	Needle Size :		Space :					
Monitor - Standard	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> Auto NIBP		<input type="checkbox"/> Oximeter		<input type="checkbox"/> Capnography			
I.V Cannula	Type :	Size :		Site :					
Unusual Events	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes						
Post - Op Condition	<input type="checkbox"/> Awake		<input type="checkbox"/> Unconscious		BP :	HR :	RR :		
Discharge to	<input type="checkbox"/> PACU		<input type="checkbox"/> ICU		At :	Signature :			
Anesthesiologists Signature :					Date & Time :				



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number: اسم المريض:
Name: رقم الملف:
Age: العمر:
Gender: الجنس:
Diagnosis: التشخيص:

شعار
المستشفى

Ward: القسم:
Unit: الوحدة:
Room No.: رقم الغرفة:
DOA: تاريخ الرقود:
ID No.: الرقم الوطني:

Post-Anesthesia Follow up Form

OT/P/5

نموذج متابعة الحالة بعد العملية من قبل المخدر

POST ANESTHESIA CARE AND DISCHARGE RECORD

Patient: _____ ID#: _____

ARRIVAL TIME:

AGENTS/DRUGS	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	TOTALS
FLUIDS NS LR														mL
OXYGEN L/min %														
ECG SpO ₂														
200														
180														
160														
140														
120														
100														
80														
60														
40														
20														
0														

MONITORS

- Auto BP R L
 ECG (Lead II)
 PULSE OXIMETER

SYMBOLS

- SBP ∇
DBP ∧
PULSE •
RESP ○

POSITION

- RECLINED
 SUPINE

IV

- 22G Catheter
 20G Catheter

R Antecubital
L Radial
 Dorsum hand
 N/A

AIRWAY

- Nasal Cannula
 Nasal Mask
 Mask
 Nasopharyngeal
 Oral
 LMA
 N/A

Discharge Criteria

- Normal depth/rate of respiration (2) Limited breathing/airway (1) Airway support needed (0)
 Moves 4 extremities at will (2) Able to sit, but not stand (1) Non-ambulatory (0)
 Alert and oriented x 3 (2) Aroused by verbal stimulus (1) Aroused by physical stimulus (0)
 BP +/- 20% preop (2) BP +/- 21-40% preop (1) BP > 40% preop (0)
 None or mild nausea w/ no vomiting (2) Transient vomiting or retching (1) Persistent nausea and vomiting (0)

TOTAL SCORE = _____ [Patient may be discharged if total score is 8 or higher]

Discharge Vital Signs BP _____ / _____ HR _____

Disposition

Verbal instructions given to Patient Escort Written instructions given to Patient I

Name of individual accompanying patient _____ Relationship _____

Discharge to Home Other: _____

Post-operative appointment PRN One week 10-14 days _____ Confirmed by scheduling staff

Person Discharging Patient _____ Person Taking Patient to Vehicle _____

Dr. Signature _____



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Anesthesia Report

OT/P/6

نموذج تقرير التخدير

OPERATIVE REPORT

النوع : القسم : رقم الغرفة :
تاريخ الدخول : نوع العملية :

Date: / /	O.R.No	O.R. Nurse	Operation category
Start time of anesthesia: .....	.....	.....	Elective / Emergency
End time of anesthesia:			<input type="radio"/> <input type="radio"/>

Start time of Operation: End time of Operation:

Surgeon /s : Assistant /s :

Type of anesthesia : Name of anesthetist :

Pre-operative diagnosis :

Operation:
.....
.....
.....
.....

Operative findings and procedures& closure:
.....
.....
.....
.....

Complications Yes: No:

Post-operative diagnosis:

Specimen /s sent to pathology: Blood loss : ----- ml Transfusion units used :----- ml

Name:.....Signature:.....



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number: اسم المريض:
Name: رقم الملف:
Age: العمر:
Gender: الجنس:
Diagnosis: التشخيص:

شعار
المستشفى

Ward: القسم:
Unit: الوحدة:
Room No.: رقم الغرفة:
DOA: تاريخ الرقود:
ID No.: الرقم الوطني:

Surgical Patient Safety Checklist

OT/P/7

نموذج القائمة التفقدية للجراحة الآمنة (هامة جدا)

SURGICAL SAFETY AND SURGICAL TIME OUT CHECKLIST

Before induction of anesthesia

Before Start of Surgical skin incision

Before patient leaves operating

SIGN IN - anesthetist checks with notes and patient

PATIENT HAS CONFIRMED

- IDENTITY
- SITE
- PROCEDURE
- CONSENT

SITE MARKED NOT APPLICABLE

ANAESTHESIA SAFET -MACHINE- MEDICATION

PULSE OXIMETER ON PATIENT AND FUNCTIONING

DOES PATIENT HAVE A:
KNOWN ALLERGY?

YES NO

DIFFICULT AIRWAY/ASPIRATION RISK?

NO
 YES AND EQUIPMENT/ASSISTANCE AVAILABLE

RISK OF >500ML BLOOD LOSS (7ml/KG
IN CHILDREN)?

NO
 YES AND ADEQATE INTRAVENOUS ACCESS
AND FLUIDS PLANNED

SURGICAL TIME OUT

TIME OUT - Anesthesia Technician checks with
scrub nurse Anesthetist and Surgeon

CONFIR ALL TEAM MEMBERS HAVE
INTRODUCED THEMSELVES BY NAME AND ROLE

SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND
NURSE VERBALLY CONFIRM
 IDENTITY SITE PROCEDURE

ANTICIPATED CRITICAL EVENTS

To SURGEON REVIEWS:

WHAT ARE THE CRITICAL OR UNEXPECTED STEPS,
OPERATIVE DURATION, ANTICIPATED BLOOD LOSS?

To ANAESTHESIA TEAM REVIEWS:

ARE THERE ANY PATIENT-SPECIFIC CONCERNS?

TO NURSING TEAM REVIEWS:

HAS STERILITY (INCLUDING INDICATOR
RESULTS) BEEN CINFIRMED? ARE THERE
EQUIPMENT ISSUES
OR ANY CONCERNS?

HAS ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS BEEN GIVEN
WITHIN THE LAST 60 MINUTES?

YES NOT APPLICABLE

IS ESSENTIAL IMAGING DISPLAYED?

YES NOT APPLICABLE

SIGN OUT - senior dep. checks with scrub nurse
(Anesthetist and Surgeon)

NURSE VERBALLY CONFIRMS TO THE TEAM:

- THE NAME OF THE PROCEDURE RECORDED
- THAT INSTRUMENT, SPONGE AND NEEDLE
COUNTS ARE CORRECT (OR NOT APPLICABLE)
- HOW THE SPECIMEN IS LABELLED?
(INCLUDING PATIENT NAME)
- WHETHER THERE ARE ANY EQUIPMENT
PROBLEMS TO BE ADDRESSED

SURGEON, ANAESTHESIA PROFESSIONAL AND
NURSE REVIEW THE KEY CONCERNS FOR
RECOVERY AND MANAGEMENT OF THE PATIENT

TIME OUT OFF

❖ Anesthesia Ok or No

❖ Surgeon Ok or No

❖ Scrub Nurse Ok or No

Nurse Name:

Signature:

Time Ended: AM / PM

SURGICAL TIME OUT: 1. LEAD SURGEON to verify with the Surgical Team; 2. SCRUB NURSE to check questions 1-3.

1. Is Correct Patient Identified? Yes No If yes, go to question 2. If not verify correct patient again.

2. Is the operative site marked clearly? Yes No If no, return patient to the ward. If Yes, go to question 3.

3. Is Operation Site Identified? Right Left If no, return patient to the ward. Not Applicable, if operative site is neither left nor Right. Left

القائمة التفقدية للجراحة الآمنة

مكان العملية : ○ يمين ○ يسار

قبل مغادرة العمليات

العملية الجراحية :
ساعة الوصول للعمليات :
قبل شق الجلد

القسم :
التشخيص :
تاريخ إجراء العملية : 200 / /
عند الوصول للعمليات

الخروج	الوقت المستقطع لضمان سلامة المريض	الدخول
<input type="checkbox"/> قبل مغادرة المريض لغرفة الجراحة: تقوم الممرضة بالتأكد مع الجراح من الآتي: <input type="checkbox"/> صحة عد الالات والقوط والابر قبل غلق الجرح ومع دقة تسجيلها (لا ينطبق) <input type="checkbox"/> وضع اللاسقات على العينات (مشملة اسم المريض) <input type="checkbox"/> تسجيل ظهور اي مشاكل في المعدات والاجهزة <input type="checkbox"/> قبل مغادرة المريض غرفة الافاقة تتأكد ممرضة الافاقة من الآتي: <input type="checkbox"/> كتابة الجراح لتقرير العملية <input type="checkbox"/> نموذج التخدير والافاقة كامل <input type="checkbox"/> توقيع امر الخروج والنقل من طبيب التخدير <input type="checkbox"/> اوامر وتعليمات النقل كاملة التوقيع الجراح: طبيب التخدير: الممرضة المنولة: ممرضة الافاقة: ساعة الخروج من الافاقة:	<input type="checkbox"/> يتم تقييم المريض بواسطة الجراح والتخدير قبل بدأ العملية مباشرة <input type="checkbox"/> يتأكد فريق العمل من الآتي: <input type="checkbox"/> اسم المريض <input type="checkbox"/> الاجراء الجراحي <input type="checkbox"/> موضع الاجراء <input type="checkbox"/> اسم الجراح <input type="checkbox"/> تم اعطاء المريض المضادات الحيوية الوقائية خلال الساعة السابقة لشق الجلد) <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا التوقيع الجراح: طبيب التخدير: الممرضة المنولة:	<input type="checkbox"/> أكد على المريض لما يلي <input type="checkbox"/> هويته <input type="checkbox"/> موضع الجراحة <input type="checkbox"/> اسم العملية <input type="checkbox"/> موافقة المريض <input type="checkbox"/> تم تقييم المريض بواسطة الجراح <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> تم تحديد موضع الجراحة بعلامة مميزة <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> لا ينطبق <input type="checkbox"/> نموذج مقابل التخدير كامل <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> متطلبات خاصة <input type="checkbox"/> توافر جميع التجهيزات والمعدات الخاصة بالجراحة لا ينطبق <input type="checkbox"/> التأكد من توافر نسيج الزرع لا ينطبق <input type="checkbox"/> التأكد من وجود حساسية <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> تم حجز الدم <input type="checkbox"/> نعم وتم توفير جميع الاجهزة اللازمة لذلك <input type="checkbox"/> لا التوقيع ممرضة القسم : ممرضة العمليات :

جميع البنود المذكورة في هذا النموذج هامة جدا وتضمن سلامة المريض ولذا يجب ملاحظتها بدقة شديدة

SURGICAL SAFETY CHECKLIST FORM

SIGN IN (Before induction of anesthesia)	TIME OUT (In Operating Room)	SIGN OUT (Before patient leaves operating room)
(With at least nurse and anesthesia)	(With nurse, anesthetist and surgeon)	(With nurse, anesthetist and surgeon)
Has the patient confirmed his/her. Identity: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Procedure: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Consent: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Is the site of the procedure marked? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A Is the anesthesia machine and medication check complete? <input type="checkbox"/> YES Is the pulse oxymeter on the patient and functioning? <input type="checkbox"/> YES Does the patient have a: Known allergy? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES Difficult airway or aspiration risk? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES, in equipment/ assistance available Risk of >500ml blood loss (7ml/kg in children) ? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES, in two IVs/ central access and fluid planned.	<ul style="list-style-type: none"> Confirm all team members have introduced themselves by name and role. Confirm the patient name, procedure, and where the incision will be made. Has antibiotic prophylaxis been given the within last 60 minutes? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> Not applicable Anticipated critical events To Surgeon: <input type="checkbox"/> What are the critical or non-routine steps? <input type="checkbox"/> How long will the case take? <input type="checkbox"/> What is the anticipated blood loss? To Anesthetist: <input type="checkbox"/> Are there any patient-specific concerns? To Nursing team: <input type="checkbox"/> Has sterility (including indicator results) been confirmed? <input type="checkbox"/> Are there equipment issues or any concerns? Is essential imaging displayed? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> Not Applicable 	Nurse Verbally Confirms: <input type="checkbox"/> The name of the procedure. <input type="checkbox"/> Completion of instrument, sponge and needle <input type="checkbox"/> Specimen labeling (read specimen labels aloud, patient name) <input type="checkbox"/> Whether there are any equipments to be address. To Surgeon, Anesthetist and Nurse: <input type="checkbox"/> What are the key concerns for recovery and Management of this patient? Surgeon Name: Surgeon Signature: Nurse's Name: Nurse's Signature: Anesthetist's Name: Anesthetist Signature: Date:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number: اسم المريض:
Name: رقم الملف:
Age: العمر:
Gender: الجنس:
Diagnosis: التشخيص:

شعار
المستشفى

Ward: القسم:
Unit: الوحدة:
Room No.: رقم الغرفة:
DOA: تاريخ الرقود:
ID No.: الرقم الوطني:

In Patient Transfer Form

PTC/P/3

نموذج تحويل داخلي

INTERNAL PATIENT TRANSFER FORM

	DEP.	FLOOR	UNIT	ROOM NO.	BED NO.
FROM					
TO					
DIAGNOSIS:					
REASON(S) FOR TRANSFER:					
	BP	PR	RR	TEMP.	SpO2
VITAL SIGNS					
PATIENT'S STATUS AT TIME OF TRANSFER:					
	YES	NO			
PATIENT INFORMED IN ADVANCE:					
RELATIVE(S) AVAILABLE:					
PATIENT'S RELATIVES INFORMED IN ADVANCE:					
PATIENT'S FILE CONTAIN:	YES	NO			
HISTORY					
EXAMINATION					
LAB RESULTS					
RADIOLOGY RESULTS					
	DATE		TIME		
ORDER OF TRANSFER	.... / .... /	2024	... : ...	AM/PM	
WRITING TRANS FORM	.... / .... /	2024	... : ...	AM/PM	
TRANSFER DONE	.... / .... /	2024	... : ...	AM/PM	
ATTENDING PHYSICIAN BEFORE TRANSFER:					
ATTENDING PHYSICIAN AFTER TRANSFER:					
	TRANS BY		RECEIVED BY		
PHYSICIAN	NAME				
	SIGNATURE				
NURSE	NAME				
	SIGNATURE				



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

NURSING FORMS IN OT &
RECOVERY ROOM

N

نماذج التمريض في العمليات &
الإفافة



الجمهورية اليمنية

الملف الطبي الموحّد

نماذج التمريض



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Preoperative (Nursing) Checklist	OT/N/1	نموذج كشف تحضير المريض قبل إجراء عملية جراحية
---	---------------	--

PREOPERATIVE CHECKLIST						
TYPE OF SURGERY:			العملية الجراحية:			
SITE OF OPERATION (RT/LT) DEFINED:			تعليم مكان العملية (يمين يسار):			
DATE & TIME OF OPERATION:			تاريخ ووقت إجراء العملية:			
NO	PRE OPERATIVE PREPERATIONS	PRE-OPERATIVE			NO	
		YES	NO	N/A		
1	PATIENT IS IDENTIFIED (BY THE NURSE)				1	التأكد من شخصية (هوية) المريض وشريط الرسغ التعريفي.
2	ID Band Applied				2	شريط الرسغ التعريفي موجود
3	ID Confirmed with Patient's Name				3	البيانات في شريط الرسغ تطابق هوية المريض
4	Operation Schedule Confirmed				4	التأكد من موعد العملية
5	Operative Site Marked				5	تم تحديد موضع الجراحة بالعلامات بواسطة مساعد الجراح
6	Consent forms were signed for:				6	التأكد من امضاء الموافقات لكل من:
a	Consent for Surgery				a	موافقة الجراحة
b	Consent for Anwsthesia				b	موافقة التخدير
c	Consent for Blood Transfusion				c	موافقة نقل الدم أو أحد مكوناته
7	PATIENT FILE:				7	تم استكمال ملف المريض وارساله مع المريض
a	History, Admission, Physical examination				a	القصة المرضية والفحص السريري الخ
b	Regular Sheets are completed including:				b	جميع الوثائق الطبية مكتملة بما فيها:
	Consultation sheets					الاستشارات الطبية
	Medical Fitness					اللياقة الطبية
c	Pre-Anesthesia assessment sheet by:				c	التأكد من توافر قائمة التشيك قبل العملية
	Surgeon (signed)					تقييم الجراح موقع
	Anesthetist (signed)					تقييم التخدير موقع
8	Lab investigations & Diagnostics requested done and available includin				8	اتمام الفحوصات الأشعة رسم القلب وغيرها:
	ECG					تخطيط القلب
	X RAYS					الأشعة
	U/S					التلفزيون
	CT SCAN/MRI					المقطعية أو الرنين
	VIRAL MARKERS					فحوصات الفيروسات (بالإيزا وليس الكاست)
	LAB RESULTS					أي فحوص أخرى تم طلبها.
9	BLOOD REQUEST & CONFIRMATION				9	توفير الدم الفصيلة كمية الدم المطلوب
10	NPO maintained				10	صوم المريض قبل إجراء الجراحة لمدة
11	Bowel preparation done (if applicable)				11	تحضير القناة الهضمية إذا لم يكن صائما متى تناول اخر وجبة ونوعها
12	Bladder care done				12	تبول المريض قبل إجراء العملية
13	Skin preparation done				13	حمام المريض ونظافته وتحضير الجلد
14	Hair preparation is done				14	حلاقة منطقة الجراحة
15	the following are Removed:				15	ازالة المجوهرات واطم الاسنان وخلافه والاحتفاظ بمتعلقات المريض الشخصية بالقسم:
	Jewelries & Dentures					المجوهرات وغيرها
16	Patients wearing operation uniform				16	ارتداء المريض ملابس العمليات
17	Pre-operative Vital Signs taken				17	تم اخذ العلامات الحيوية بالقسم
18	Pre-operative Medications given				18	اعطاء الأدوية قبل العملية: طبقا لتعليمات الطبيب: مضاد حيوي مهندات الخ.
	ID NURSE:					توقيع ممرضة القسم:
	DATE:					التاريخ:
	TIME:					الوقت:
21	ملحوظة هههه البنود المذكورة في هذا النموذج هامة جدا وتمس سلامة المريض ولذا يجب ملاءها بدقة شديدة.					



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

OT Count Sheet (Nursing) Form

OT/N/2

نموذج احصاء عدد أدوات ومستلزمات عملية جراحية

SPONGE COUNT SHEET FORM

Date:

Operating Room No.:

Name of Patient:

Hospital No.:

Age & Sex:

Nationality:

Ward:

Surgeon's Name:

Scrub Nurse:

SIGN.:

Circulating Nurse:

SIGN.:

Anaesthetist:

Assistant Anaesthetist:

Time Started:

Time Ended:

Operation:

Set Used:

	Start	Additional	Total
Big Gauze			
Small Gauze			
Stick Balls			
Peanuts			
Blades			
Needles			
Blood Loss			
Urine Output			

Count Completed At:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Intra operative Record (Nursing) Form

OT/N/3

نموذج ملاحظات التمريض أثناء إجراء عملية جراحية

Operating Room Intra operative Record (Nursing Form)

ملاحظات التمريض أثناء إجراء عملية

Date : التاريخ
Pre-op Diagnosis : تشخيص ما قبل العملية
Operation : العملية
Post-op Diagnosis : تشخيص ما بعد العملية
Surgeon : الجراح Anesthesiologist: طبيب التخدير
S. assistant : الجراح / م Anesthesia Start Time: End time: تاريخ بدء التخدير
Date of Operation: تاريخ العملية Anesthesia : تاريخ التخدير
Operation Start time : ساعة بدء العملية Operation end time : ساعة انتهاء العملية

وضع المريض: Patient Position:

- Supine على الظهر Left Lateral على الجانب الايسر
 Prone على البطن Right Lateral على الجانب الايمن
 Others أخرى

IV lines

- Left Arm الذراع الايسر Swan Ganz فراشة A- Line لاین
 Right Arm الذراع الايمن CVL خط وريدي مركزي Others
أخرى

تحضير و اعطاء الدم Blood Product

Pre-Op قبل العملية	Intra - Op أثناء العملية	Post - Op بعد العملية

جهاز الكي Diathermy :

- Left Leg الساق اليسرى Left Arm الذراع الايسر Machine No. : رقم الماكينة
 Right Leg الساق اليمنى Right Arm الذراع الايمن

حالة الجلد قبل العملية Skin Condition :

Pre-Op:

تركيب القسطرة Catheter :

- O. R بالعمليات
 Nursing Unit بالوحدة أو بالقسم

تركيب درانق Drainage

- Penrose الحصيرة Thoracic Tubes انبوية صدرية
 Surgivac بورتفاك Others أخرى

أخذ عينة العملية Specimen

- Culture مزرعة Frozen Section للتجميد Others

1st Scrub Nurse : الممرضة المعقمة الثانية. 2nd S. N. : الممرضة المعقمة الاولى

Time Relieved : ساعة الانتهاء

1st Circulating Nurse : الممرضة الدوارة الثانية. 2nd S. N. : الممرضة الدوارة الاولى

Time Relieved : ساعة الانتهاء

Anesthesia Nurse : ممرضة التخدير / فني التخدير

Or (technician)



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Post-Anesthesia Care (Nursing) Form

OT/N/4

نموذج الرعاية التمريضية بعد العملية
(في غرفة الإفاقة)

Post Anesthesia Care Unit (Nursing Record) (PACU)
عناية الإفاقة

Date : التاريخ : Time : الوقت :
Operation : العملية : Duration of Surgery : مدة العملية :
Anesthesiologist : طبيب التخدير : Surgeon : الطبيب الجراح :

Anesthesia التخدير : GA عام Epidural الأم Spinal نصفى Other أخرى

Airway هوائي : ETT أنبوب Extubated لا يوجد أنبوب O.P Airway ممر هوائي

Level of Consciousness درجة الوعي :

Awake فائق Sedated منوم
 Stuporous زهول Drowsy دوخة Comatose غيبوبة

IV Line الكانيولا : ① ② ③

Drains : NGT رافيل Port Vac بورتوفاك Chest Tube أنبوبة صدرية Foley's Catheter

O2 Therapy علاج :

T. Piece Nasal Can Vent. Mask I/M:.....

Time الوقت	Pre-Op Data ما قبل العملية	Remarks
BP الضغط		
Pulse Rate النبض		
Respiratory Rate التنفس		
Temperature درجة الحرارة		
FI O2		
Sa O2		

Given Medication الأدوية المعطاة				
Drugs الدواء	Dose الجرعة	Route طريقة العطاء	Time الوقت	Signature التوقيع
(1)				
(2)				
(3)				
(1).....	(2).....			

Urine Output كمية البول : ml Drain ml Other ml
Balance التوازن : In الداخل Out: الخارج Balance : ±.....
Transfer Order أوامر التحويل : Awake فائق Stable مستقر Pain Free بدون ألم
PCA (If Applicable) وحدة الإفاقة :
Can Leave to : يمكن الذهاب إلى : Ward الداخلي ICU الرعاية CCU قلب Others أخرى
Instruction التعليمات :
Time of Transfer ساعة الخروج :

Anesthetist Signature توقيع طبيب التخدير : PACU Nurse : ممرضة الإفاقة



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Recovery Room Notes Form (by
Anesthesia Technician)

RR/N/1

نموذج متابعة الحالة في الافاقة من قبل فني التخدير

Patient was received from----- ward, at----//
2020 ----- o'clock, accompanied by -----
-----with-----, in -----general
condition & -----consciousness level & has
been received by-----, where his
vital sign were as the following:

احضر المريض من قسم ----- بتاريخ // ٢٠٢٠ الساعة-----
برفقة ----- بواسطة-----
بوضع عام ----- ودرجة الوعي-----
واستقبل من قبل-----
حيث كانت العلامات الحيوية كالتالي:

	Time	HR	RR	BP	Temp.	SpO2	Signature	Notes
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

Do not mind the transfer of patient	لا مانع من نقل المريض	Procedures of the recovery room	إجراءات قسم الاعاش
Signature of anesthetist:	توقيع طبيب التخدير:	Oxygen:	اكسجين:
Patient has been transfer to:	انتقل المريض الى:	Suction:	شفط:
Time:	الساعة:	Intra-venous fluid:	سوائل وريدية:
Accompanied by:	برفقة:	Spare wounds:	غيار جروح:
By:	بواسطة:	Laboratory sample(S):	العينات المخبرية:
Patient has been received by:	استقبل المريض من قبل:	x-ray, s Film (s):	صور الاشعة:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number: اسم المريض:
Name: رقم الملف:
Age: العمر:
Gender: الجنس:
Diagnosis: التشخيص:

شعار
المستشفى

Ward: القسم:
Unit: الوحدة:
Room No.: رقم الغرفة:
DOA: تاريخ الرقود:
ID No.: الرقم الوطني:

Care Flow Sheet 1&2

RR/N/2

نموذج متابعة حالة المريض في الافاقه/العناية

Care Flow Sheet

DATE	TIME	Vital Signs					Blood Sugar		NURSE
		BP	PR	RR	SpO2	Temp.	RBS	INSULIN UNIT	NURSE ID
...../...../2024									
...../...../2024									
...../...../2024									
...../...../2024									
...../...../2024									
...../...../2024									
...../...../2024									
...../...../2024									
...../...../2024									
...../...../2024									
...../...../2024									
...../...../2024									
...../...../2024									
...../...../2024									
...../...../2024									
...../...../2024									
...../...../2024									
...../...../2024									
...../...../2024									
...../...../2024									

NOTES:

IN CHARGE SIGNATURE



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number: اسم المريض:
Name: رقم الملف:
Age: العمر:
Gender: الجنس:
Diagnosis: التشخيص:

شعار
المستشفى

Ward: القسم:
Unit: الوحدة:
Room No.: رقم الغرفة:
DOA: تاريخ الرقود:
ID No.: الرقم الوطني:

Patient's Investigations List (Lab Results)
Flow Sheet

RR/N/5

نموذج متابعة قائمة نتائج الفحوصات للمريض في
الافاقه/العناية

PATIENT'S INVESTIGATION LIST

LAB	TESTS	DAY	2024		2024		2024		2024		2024		2024	
		DATE	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
		TIME	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
CBC	HB													
	WBC													
	PLATELETS													
KFTS	CREATININE													
	UREA													
ELECTROLYTES	Na													
	K													
	Ca													
	Mg													
	Cl													
LFTS	ALT													
	AST													
	BILIRUBIN													
	ALKP													
	T PROTIEIN													
ALBUMIN														
RH ACTIVITY	ESR													
	CRP													
	ASO													
COAGULAT ION PROFILE	PT													
	PTT													
	INR													
THYROID	TSH													
	PCT													
CARDIAC ENZYMES	CPK													
	CK MB													
	TROPONIN													
OTHERS	HBAIC													
	FBS													
	NURSE ID:													
NOTES:														

IN CHARGE SIGNATURE



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number: اسم المريض:
Name: رقم الملف:
Age: العمر:
Gender: الجنس:
Diagnosis: التشخيص:

شعار
المستشفى

Ward: القسم:
Unit: الوحدة:
Room No.: رقم الغرفة:
DOA: تاريخ الرقود:
ID No.: الرقم الوطني:

Medication Chart (Regular Drug) Sheet

RR/N/6

نموذج متابعة/توثيق قائمة الأدوية (المنتظمة)

MEDICATION CHART

STARTIN G DATE	DRUG NAMES	DAY													
		DATE	TIME	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
...../..... /2024	DRUG: ROUTE: DOSES: FREQUENCY: NURSE ID:														
...../..... /2024	DRUG: ROUTE: DOSES: FREQUENCY: NURSE ID:														
...../..... /2024	DRUG: ROUTE: DOSES: FREQUENCY: NURSE ID:														
...../..... /2024	DRUG: ROUTE: DOSES: FREQUENCY: NURSE ID:														
...../..... /2024	DRUG: ROUTE: DOSES: FREQUENCY: NURSE ID:														
...../..... /2024	DRUG: ROUTE: DOSES: FREQUENCY: NURSE ID:														

ANTIBIOTIC TEST:

ALLERGY

PRECAUTIONS

NOTES:

IN CHARGE SIGNATURE



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number: اسم المريض:
Name: رقم الملف:
Age: العمر:
Gender: الجنس:
Diagnosis: التشخيص:

شعار
المستشفى

Ward: القسم:
Unit: الوحدة:
Room No.: رقم الغرفة:
DOA: تاريخ الرقود:
ID No.: الرقم الوطني:

Medication Chart (One Time/Omitted
Drug) Sheet

RR/N/7

نموذج متابعة/توثيق قائمة الأدوية (المعطاة لمرة
واحدة فقط أو التي تم إيقافها)

MEDICATION CHART (2)

ONE TIME MEDICATION LIST

DATE	TIME	DRUG NAME	DOSE	ROUTE	PRESCRIBED BY DR	NURSE ID	NURSE SIGNATURE
...../...../2024							
...../...../2025							
...../...../2026							
...../...../2027							
...../...../2028							
...../...../2029							
...../...../2030							
...../...../2031							
...../...../2032							
...../...../2033							
...../...../2034							
...../...../2035							

OMITTED DRUGS LIST

DATE	TIME	DRUG NAME	DOSE	ROUTE	PRESCRIBED BY DR	NURSE ID	NURSE SIGNATURE
...../...../2024							
...../...../2025							
...../...../2026							
...../...../2027							
...../...../2028							
...../...../2029							
...../...../2030							
...../...../2031							
...../...../2032							
...../...../2033							
...../...../2034							

NOTES:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Diagnosis:	التشخيص:		DOA:	تاريخ الرقود:
			ID No.:	الرقم الوطني:
GYNECOLOGY WARD			قسم أمراض النساء	



الجمهورية اليمنية

رقود قسم أمراض النساء

الملف الطبي الموحّد



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

Patient Data Form

GIN/P/1

الغلاف وبيانات المريض

Republic of Yemen Ministry of Public Health & Population		الجمهورية اليمنية وزارة الصحة العامة والسكان
HOSPITAL:		مستشفى:
GOVERNORATE:		المحافظة:
DISTRICT:		المديرية:
	GYNE ADMISSION FILE	ملف رقود قسم أمراض النساء
PATIENT'S NAME:		اسم المريض الرباعي:
AGE:		العمر:
FILE NUMBER:		رقم الملف:
DATE: / /	هجري - ميلادي	التاريخ: / /
TIME:		الوقت:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Diagnosis:	التشخيص:		DOA:	تاريخ الرقود:
			ID No.:	الرقم الوطني:
Admission Request Form		GIN/P/2	نموذج دخول المريض	

ADMISSION REQUEST FORM	
Relatives' name :..... اسم اقرب شخص :.....	
Address & mob. no :..... العنوان ورقم الهاتف :.....	
CATEGORY OF ADMISSION:	
<input type="checkbox"/> EMERGENCY	<input type="checkbox"/> ELECTIVE
Date of Admission:	Time:
Estimated Length of Stay:	days / weeks
PROVISIONAL DIAGNOSIS & PROBLEMS:	
PROCEDURES PLANNED:	
.....	
.....	
.....	
Estimated Blood Request: <input type="checkbox"/> No. <input type="checkbox"/> Yes	.....
Date of Procedure:	Expected Duration of Procedure:
Source of Referral:	
<input type="checkbox"/> Emergency Dept.	<input type="checkbox"/> Outpatient clinic
Clinic Type:	Clinic No.:
Clinic Type:	Clinic No.:
Admitting Receptionist:	Signature:
Consultant In Charge:	Signature:
DISPOSAL	
Department:	
Unit:	Ward:
Bed No.:	
Date of Admission:	Time:
Name of Admitting Receptionist :	Signature:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Diagnosis:	التشخيص:		DOA:	تاريخ الرقود:
			ID No.:	الرقم الوطني:
Patient Assessment Form in Gynecology Department		GIN/P/3	نموذج تقييم المرضى في قسم النساء (القصة المرضية والفحص السريري)	

Patient Assessment Form in Gynecology

History

Personal History:

Name:

Age:

Marital Status: Married Single Widow Divorced Separated for year(s)

Patient Job:

Special Habits: Smoking -----Qat----- Others-----

Residence:

Husband Name:

Husband age:

Husband Job:

Special Habits: Smoking -----Qat----- Others-----

Income: Low Average High

Chief Complaint (s) & Duration:

-History of Present illness



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Diagnosis:	التشخيص:		DOA:	تاريخ الرقود:
			ID No.:	الرقم الوطني:
Patient Assessment Form in Gynecology Department		GIN/P/3	نموذج تقييم المرضى في قسم النساء (القصة المرضية والفحص السريري)	

Review of Other Systems:

General Symptoms:

- Fever Loss of Weight Night Sweating Loss of Appetite. Other:

- Cardiovascular System:

- Chest Pain Cyanosis Palpitation Edema. Orthopnea Other:

- Respiratory System:

- Dyspnea Cough Sputum Hemoptysis Wheezing Other:

- Gastrointestinal Tract:

- Dysphagia Epigastric Pain Diarrhea Constipation Rectal Bleeding. Nausea or vomiting Others:

Renal System:

- Dysuria Frequency Urgency Hesitancy Retention Suprapubic Pain
 Other.....

- Central Nervous System:

- Headache Blurring of Vision Syncope Convulsions Tinnitus Vertigo
 Dizziness Muscle Weakness Other:

Endocrine System:

- Polydipsia Polyuria Polyphagia Heat Intolerance Cold Intolerance Other

- Hematological System:

- Easy Fatigability Melena Petechiae Ecchymosis Epistaxis Other:

Menstrual History:

Menarche----- year

Rhythm: Regular ----- Irregular-----

Duration: ----- days.

Amount: Average-----, Scanty-----, Heavy-----

Inter-menstrual Bleeding:

Dysmenorrhea: Congestive-----Spasmodic-----

L.M.P-----

Age of menopause-----Menopausal symptoms.....

Obstetric History:

G-----P-----+ -----

last Delivery: -----

Last Abortion: -----

Number of Living Children: -----

Associated complications: PPH Sepsis VTE Others

BIRTH CONTROL HISTORY

Type	duration of use	COMPLICATIONS

Family history:				
None <input type="checkbox"/>	DM <input type="checkbox"/>	HTN <input type="checkbox"/>	Cardiac <input type="checkbox"/>	VTE <input type="checkbox"/>
Endometrial cancer <input type="checkbox"/>	Breast cancer <input type="checkbox"/>	Ovarian cancer <input type="checkbox"/>	Colon cancer <input type="checkbox"/>	Others <input type="checkbox"/>

Past Medical history				
None <input type="checkbox"/>	HTN <input type="checkbox"/>	DM <input type="checkbox"/>	Pulmonary <input type="checkbox"/> disease	Heart <input type="checkbox"/>
Epilepsy <input type="checkbox"/>	Kidney disease <input type="checkbox"/>	Liver disease <input type="checkbox"/>	Thyroid disease <input type="checkbox"/>	Others <input type="checkbox"/>

Drug history:	None <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
Drug	Dose	Frequency

Allergies:	None <input type="checkbox"/>	yes <input type="checkbox"/>
-------------------	-------------------------------	------------------------------

Blood transfusion:	None <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Cause:
---------------------------	-------------------------------	------------------------------	---------------

Surgical history:		
None <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	
1-	2-	3-

Family history:									
<input type="checkbox"/>	None	<input type="checkbox"/>	DM	<input type="checkbox"/>	HTN	<input type="checkbox"/>	Cardiac	<input type="checkbox"/>	VTE
<input type="checkbox"/>	Endometrial cancer	<input type="checkbox"/>	Breast cancer	<input type="checkbox"/>	Ovarian cancer	<input type="checkbox"/>	Colon cancer	<input type="checkbox"/>	others

Infant's in parents family with:							
<input type="checkbox"/>	Down syndrome	<input type="checkbox"/>	Neural tube defect	<input type="checkbox"/>	Hemophilia	<input type="checkbox"/>	Muscle dystrophy
<input type="checkbox"/>	Thalassemia	<input type="checkbox"/>	SCA	<input type="checkbox"/>	Cystic fibrosis	<input type="checkbox"/>	Othrss

Gynecologic history:					
<input type="checkbox"/>	Fibroids/Myomectomy	<input type="checkbox"/>	Ovarian cyst/excision	<input type="checkbox"/>	Endometriosis
<input type="checkbox"/>	Cervical procedure	<input type="checkbox"/>	Bladder & vaginal repair	<input type="checkbox"/>	Others

Examination:								
General:								
	Yes	No		Yes	No		Yes	No
Conscious	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oriented	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Well	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cooperative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pallor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cyanosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaundice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Vital Signs:			
BP=	mmHg	PR=	b/min
RR=	cycle/min	Temperature=	c°
		SpO2=	

Anthropometric measurement:			
Weight=	Kg	Height=	cm
BMI=	m2	Others	

Head & Neck	
Normal <input type="checkbox"/>	Abnormal <input type="checkbox"/>

Lung	
Normal <input type="checkbox"/>	Abnormal <input type="checkbox"/>

Heart	
Normal <input type="checkbox"/>	Abnormal <input type="checkbox"/>

Breast	
Normal <input type="checkbox"/>	Abnormal <input type="checkbox"/>

Lower limbs	Oedema <input type="checkbox"/>	Varicose vein <input type="checkbox"/>	Deformities <input type="checkbox"/>	Others
--------------------	---------------------------------	--	--------------------------------------	--------

Abdominal Examination:		
Contour.....	Scar.....	Hernial orifices.....
Pigmentation.....	Fundal level	Fundal grip
Umbilical grip.....	1st pelvic grip	2nd pelvic grip.....
Uterine contractions	Fetal Heart rate	b/min

Pelvic examination:			
Cervical dilation	cm	Cervical effacement	%
Cervical position	posterior <input type="checkbox"/>	Mid <input type="checkbox"/>	Anterior <input type="checkbox"/>
Cervical consistency	Firm <input type="checkbox"/>	Medium <input type="checkbox"/>	Soft <input type="checkbox"/>
Presenting part	Station		
Bishop score			
Membrane	Bulging <input type="checkbox"/>	Flat <input type="checkbox"/>	Absent <input type="checkbox"/>
Liquor	Clear <input type="checkbox"/>	Meconium <input type="checkbox"/>	Bloody <input type="checkbox"/>
Pelvis			
Adequate <input type="checkbox"/>	Not adequate <input type="checkbox"/> Inlet Mid-cavity outlet		

Abdominal Examination:

Contour	Hernial orifices	Scar (s)	Pigmentations	Tenderness
Rigidity	Ascites	Mass	Others:	

PELVIC EXAMINATION:

Vulva	Normal-----Discharge----- Swelling-----Bleeding----- -----Ulcer----- Scar----- others----- -
Vagina	Normal----- abnormal-----
Prolapse	Urethral----- Vagina Anterior-----Posterior----- Uterine----- Degree

Bimanual Examination:

Uterus	Size: -----weeks, Position: ----- Mobile: Yes-----No----- Tenderness: -----Smooth----- Nodular----- -----Mass-----
Adnexa	Normal ----- Tenderness----- Mass-----



SPECULUM EXAMINATION:

Cervix:

Normal-----Discharge -----
-Ectropion -----
Contact bleeding-----Mass-----
Others-----



DIAGNOSIS:

Taken after permission from patient. By: -----



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Diagnosis:	التشخيص:		DOA:	تاريخ الرقود:
			ID No.:	الرقم الوطني:

VTE Risk Assessment in Gynecology

GIN/P/4

نموذج تقييم خطر التخثر الوريدي لدى أمراض النساء

Thromboembolism Risk Stratification (Caprini Risk Score)

1 Point	2 Points	3 Points	5 Points
Age 41–60 yr	Age 61–74 yr	Age ≥75 yr	Stroke <1 month
Minor surgery	Arthroscopic surgery	Prior VTE	Elective arthroplasty
BMI >25 kg/m ²	Major laparotomy (>45 min)	Family history of VTE	Hip, pelvis, or leg fracture
Swollen legs	Laparoscopy (>45 min)	Factor V Leiden	Acute spinal cord injury
Varicose veins	Malignancy	Prothrombin 20210A	<1 month
Pregnancy or postpartum	Bed rest >72 hr	Lupus anticoagulant	
Recurrent spontaneous abortion	Immobilizing plaster cast	Anticardiolipin antibodies	
COC or HRT use	Central venous access	Elevated serum homocysteine	
Sepsis <1 month		Heparin-induced	
Serious lung disease <1 month		thrombocytopenia	
Abnormal pulmonary function		Other thrombophilia	
Acute myocardial infarction			
CHF <1 month			
IBD			
Bed rest			

BMI = body mass index; CHF = congestive heart failure; COC = combination oral contraceptive; HRT = hormone replacement therapy; IBD = inflammatory bowel disease; VTE = venous thromboembolism.



File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Diagnosis:	التشخيص:		DOA:	تاريخ الرقود:
			ID No.:	الرقم الوطني:
Thromboembolism Prophylaxis in Gynecology		GIN/P/5	الوقاية من التخثر الوريدي في قسم أمراض النساء	

VTE Prophylactic Regimens Based on an Individual's Caprini Risk Score

Score

0: Early ambulation.

1–2: Low risk: Graded compression stockings and/or intermittent pneumatic compression.

3–4: Moderate risk: Intermittent pneumatic compression or low-dose heparin or low-molecular-weight heparin.

>4: High risk: Intermittent pneumatic compression and low-dose heparin or low-molecular-weight heparin. Consider prolonged prophylaxis for 28 days.

Risk classification and recommended thromboprophylaxis

Level of VTE risk	Definition	Suggested thromboprophylaxis
Low	Minor surgery (less than 30 min) or noncomplex laparoscopic surgery in patients with no additional risk factors	Early, frequent ambulation
Moderate	Minor or laparoscopic surgery in patients with additional risk factors; major gynecologic surgery for benign disease and no additional risk factors	LMWH or low-dose UFH, 5,000 units twice a day, or IPC or GCS
High	Major surgery in patients with additional risk factors; major surgery in patients with malignancy	LMWH or low-dose UFH 5,000 units three times a day, or IPC Alternative considerations include a combination of low-dose UFH or LMWH plus mechanical prophylaxis with GCS or IPC
Very high	Major surgery in patients older than 60 years with cancer, a prior venous thromboembolism, or both	5,000 units three times a day, plus IPC or GCP Consider continuing LMWH prophylaxis for up to 4 weeks after discharge

LMWH — low molecular weight heparins; UFH — unfractionated heparin; IPC — intermittent pneumatic compression; GCS — graduated compression stockings



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Diagnosis:	التشخيص:		DOA:	تاريخ الرقود:
			ID No.:	الرقم الوطني:

Physician Order & Progress Form

GIN/P/6

نموذج أوامر الطبيب والمتابعة اليومية

Date & Time	Progress Notes	Management Orders	Problem list
Vital Sign			Requested investigations
HR: RR: BP: Temp: SPO2:			

Name of consultant (s) & Signature:

Name of physician (s) & signature:

Name of nurse(s) & signature:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Diagnosis:	التشخيص:		DOA:	تاريخ الرقود:
			ID No.:	الرقم الوطني:

Consultation Request & Notes

GIN/P/7

نموذج طلب استشارة وملاحظات الاستشارة

File Number:
Name:
Age: Gender:

**Consultation
Request
Report**

Name of Unit: Room n.:
From department of:
To department of:

Dear doctor

I shall be grateful if you can review the clinical state of the above named patient & advice

Regular	Urgent	Emergent
Date &	Summary of Patient's Condition & Purpose of Consultation	
	Doctor's Name & Signature:	
Date & Time	Opinion & Advice of The Requested Consultant	
	Doctor's Name & Signature:	





File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Diagnosis:	التشخيص:		DOA:	تاريخ الرقود:
			ID No.:	الرقم الوطني:

Surgical Safety Checklist Form	GIN/P/9	قائمة تحقق أمان الجراحة
--------------------------------	---------	-------------------------

SURGICAL SAFETY CHECKLIST FORM

SIGN IN
(Before induction of anesthesia)

(With at least nurse and anesthesia)

TIME OUT
(In Operating Room)

(With nurse, anesthetist and surgeon)

SIGN OUT
(Before patient leaves operating room)

(With nurse, anesthetist and surgeon)

Has the patient confirmed his/her Identity: Yes No
Procedure: Yes No
Consent: Yes No

Is the site of the procedure marked?
 YES NO N/A

Is the anesthesia machine and medication check complete?
 YES

Is the pulse oxymeter on the patient and functioning?
 YES

Does the patient have a:
Known allergy?
 NO YES
Difficult airway or aspiration risk?
 NO YES, in equipment/ assistance available
Risk of >50ml blood loss (7ml/kg in children) ?
 NO YES, in two IVs/ central access and fluid planned.

Confirm all team members have introduced themselves by name and role.
Confirm the patient name, procedure, and where the incision will be made.
Has antibiotic prophylaxis been given the within last 60 minutes?
 YES Not applicable

Anticipated critical events
To Surgeon:
What are the critical or non-routine steps?
How long will the case take?
What is the anticipated blood loss?
To Anesthetist:
Are there any patient-specific concerns?
To Nursing team:
Has sterility (including indicator results) been confirmed?
Are there equipment issues or any concerns?
Is essential imaging displayed?
 YES Not Applicable

Nurse Verbally Confirms:
 The name of the procedure.
 Completion of instrument, sponge and needle
 Specimen labeling (read specimen labels aloud, patient name)
 Whether there are any equipments to be address.

To Surgeon, Anesthetist and Nurse:
 What are the key concerns for recovery and Management of this patient?

Surgeon Name:.....
Surgeon Signature:.....
Nurse's Name:.....
Nurse's Signature:.....
Anesthetist's Name:.....
Anesthetist Signature:.....
Date:.....



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Diagnosis:	التشخيص:		DOA:	تاريخ الرقود:
			ID No.:	الرقم الوطني:

Sponge Count Sheet Form

GIN/P/10

نموذج عد المستلزمات الجراحية

SPONGE COUNT SHEET FORM

Date:

Operating Room No.:

Name of Patient:

Hospital No.:

Age & Sex:

Nationality:

Ward:

Surgeon's Name:

Scrub Nurse:

SIGN.:

Circulating Nurse:

SIGN.:

Anaesthetist:

Assistant Anaesthetist:

Time Started:

Time Ended:

Operation:

Set Used:

	Start	Additional	Total
Big Gauze			
Small Gauze			
Stick Balls			
Peanuts			
Blades			
Needles			
Blood Loss			
Urine Output			

Count Completed At:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Diagnosis:	التشخيص:		DOA:	تاريخ الرقود:
			ID No.:	الرقم الوطني:
Surgical Site Infection Surveillance Operating Room Forum		GIN/P/11	نموذج ترصد عدوى موقع الجراحة في غرف العمليات	

SURGICAL SITE INFECTION SURVEILLANCE OPERATING ROOM FORM

PREOPERATIVE PERIOD:

Medical past history: _____

Actual treatment: _____

Other Site of Infection: _____

Date of Admission: _____ Date of Surgery: _____

Preoperative Diagnosis: _____

ASA Score: 1 2 3 4 5 6

PREOPERATIVE PERIOD:

OR Department Level: 300 200 Room No: _____

Operation Type: Emergency Elective

Surgical Specialty: _____

Wound Class: Clean Clean Contaminated Contaminated Dirty

Anesthesia Type: General Local Spinal Epidural Other _____

Surgical Procedure Done: _____

Preoperative Diagnosis: _____

Time Surgery Started (Skin Incision): Hour _____ Minute _____

Time Surgery Finished (Skin Closure): Hour _____ Minute _____

Prophylactic Antibiotic

Date & Time Given

1st Dose

2nd Dose

1. _____

2. _____

3. _____

POST OPERATIVE PERIOD:

Duration of Surgery: Hr _____ Mn _____ Infected Case: Yes No

Invasive procedure: Drains NGT Foley Cath Central Line Other _____

Post op ABT: _____ Dose & Duration: _____

Patient shifted to: Ward ICU Others _____

Surgeon's name: _____ Signature: _____ Job No. _____

1st Assistant name: _____ Signature: _____ Job No. _____

2nd Assistant name: _____ Signature: _____ Job No. _____

Scrub nurse name: _____ Signature: _____ Job No. _____



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Diagnosis:	التشخيص:		DOA:	تاريخ الرقود:
			ID No.:	الرقم الوطني:

Discharge Summary Form	GIN/P/12	نموذج ملخص خروج المريض
------------------------	----------	------------------------

	Treating specialist _____ الأخصائي المعالج
DISCHARGE SUMMARY FORM	
Date of Admission:	
Date of Discharge:	
Reason for Admission:	
.....	
History & Physical Examination:	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
Laboratory / Diagnostic procedures Results:	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
Diagnosis:	
.....	
Co morbidities:	



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Diagnosis:	التشخيص:		DOA:	تاريخ الرقود:
			ID No.:	الرقم الوطني:
OBESTETRIC ER FILE			ملف الطوارئ التوليدية	



الجمهورية اليمنية

ملف الطوارئ التوليدية

الملف الطبي الموحّد



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتتماد المستشفيات
أحسن

Patient Data Form

OBS/P/1

الغلاف وبيانات المريض

Republic of Yemen
Ministry of Public
Health & Population



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان

HOSPITAL:

مستشفى:

GOVERNORATE:

المحافظة:

DISTRICT:

المديرية:

OBESTETRI
C ER FILE

ملف الطوارئ
التوليدية

PATIENT'S NAME:

اسم المريض الرباعي:

AGE:

العمر:

FILE NUMBER:

رقم الملف:

DATE: / /

هجري - ميلادي

التاريخ: / /

TIME:

الوقت:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Diagnosis:	التشخيص:		DOA:	تاريخ الرقود:
			ID No.:	الرقم الوطني:

Patient Assessment Form in Obetstetric Department	OBS/P/2	نموذج تقييم المرضى في قسم الولادة (القصة المرضية والفحص السريري)
--	----------------	---

Patient Assessment Form in obstetrics Department					
Date:		Time:			
Name:		Age:			
- Marital state:		Single	married	Divorced	Widow
- Duration of marriage:					
- Patient Job:		Husband Job:			
- Husband Name					
- Address:					
- Education:		No	Primary	Secondary	
		High school	University		
- Special habits:		Smoking:	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Frequency
		Qat:	No <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Frequency
		Others:			
Income: <input type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Average <input type="checkbox"/> High					
Chief Complaint (s) & Duration -					
- Amenorrhea for ----- months.					
History of Present illness:					
1st Trimester:		2nd Trimester		3rd Trimester	
<input type="checkbox"/> Nausea & Vomiting <input type="checkbox"/> Abdominal Pain <input type="checkbox"/> Vaginal Bleeding <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Hospitalization <input type="checkbox"/> Others		<input type="checkbox"/> Quickening was in..... <input type="checkbox"/> Nausea & Vomiting <input type="checkbox"/> Abdominal Pain <input type="checkbox"/> Vaginal Bleeding <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Hospitalization <input type="checkbox"/> Others		<input type="checkbox"/> Nausea & Vomiting <input type="checkbox"/> Abdominal Pain <input type="checkbox"/> Vaginal Bleeding <input type="checkbox"/> Vaginal Discharge <input type="checkbox"/> Lower Limb Edema <input type="checkbox"/> Diminished Fetal Movement <input type="checkbox"/> Blurring of Vision <input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Epigastric pain <input type="checkbox"/> Others:	
ANC		Yes		NO	
		Regular		Irregular	
		No of visits			
- Menstrual history		LMP		Regular <input type="checkbox"/>	
		Lactating		Irregular <input type="checkbox"/>	
		On Contraception		No <input type="checkbox"/>	
		CA		No <input type="checkbox"/>	



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Diagnosis:	التشخيص:		DOA:	تاريخ الرقود:
			ID No.:	الرقم الوطني:

Patient Assessment Form in Obetetric Department	OBS/P/2	نموذج تقييم المرضى في قسم الولادة (القصة المرضية والفحص السريري)
--	----------------	---

1st Trimester:	2nd Trimester	3rd Trimester
<input type="checkbox"/> Nausea & Vomiting <input type="checkbox"/> Abdominal Pain <input type="checkbox"/> Vaginal Bleeding <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Hospitalization <input type="checkbox"/> Others	<input type="checkbox"/> Quickening was in..... <input type="checkbox"/> Nausea & Vomiting <input type="checkbox"/> Abdominal Pain <input type="checkbox"/> Vaginal Bleeding <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Hospitalization <input type="checkbox"/> Others	<input type="checkbox"/> Nausea & Vomiting <input type="checkbox"/> Abdominal Pain <input type="checkbox"/> Vaginal Bleeding <input type="checkbox"/> Vaginal Discharge <input type="checkbox"/> Lower Limb Edema <input type="checkbox"/> Diminished Fetal Movement <input type="checkbox"/> Blurring of Vision <input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Epigastric pain <input type="checkbox"/> Others:

ANC	Yes		NO
	Regular	Irregular	
	No of visits		

- Menstrual history	LMP	Regular <input type="checkbox"/>	Irregular <input type="checkbox"/>
	Lactating	yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	On Contraception	yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	GA	EDD	

Review of Other Systems:

General Symptoms:

Fever Loss of Weight Night Sweating Loss of Appetite. Other:

- Cardiovascular System:

Chest Pain Cyanosis Palpitation Edema. Orthopnea Other:

- Respiratory System:

Dyspnea Cough Sputum Hemoptysis Wheezing. Other:

- Gastrointestinal Tract:

Dysphagia Epigastric Pain Diarrhea Constipation Rectal Bleeding. Other:

- Renal System:

Dysuria Frequency Urgency Hesitancy Retention Suprapubic Pain Other:

- Central Nervous System:

Headache Blurring of Vision Syncope Convulsions Tinnitus Vertigo Dizziness

Muscle Weakness Other:

Endocrine System:

Polydipsia Polyuria Polyphagia Heat Intolerance Cold Intolerance. Other:

Hematological System:

Easy Fatigability Melena Petechiae Ecchymosis Epistaxis Other.....

Past Obstetric history: -

NO.	Year	Duration (Weeks)	Pregnancy complications		Mode of delivery & complications				Place of Delivery	Neonatal outcome			Puerperium			
			DM	HTN	Spontaneous	NVD	Twins	Assisted V/F	Home	Alive	M	weight	Normal	PPH	Lactation	
			APH	PROM	Induced	CS	Breech		Hospital	Dead	F		Sepsis	VTE		
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																

Past Medical history					
None <input type="checkbox"/>	HTN <input type="checkbox"/>	DM <input type="checkbox"/>	Pulmonary disease <input type="checkbox"/>	Others	
Heart <input type="checkbox"/>	Kidney disease <input type="checkbox"/>	Liver disease <input type="checkbox"/>	Thyroid disease <input type="checkbox"/>		

Drug history:	None <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>
Drug	Dose	Frequency

Allergies:	None <input type="checkbox"/>	yes <input type="checkbox"/>
-------------------	--------------------------------------	-------------------------------------

Blood transfusion:	None <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	Cause:
---------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------

Surgical history:		
None <input type="checkbox"/>	Yes <input type="checkbox"/>	
1-	2-	3-

Family history:									
<input type="checkbox"/>	None	<input type="checkbox"/>	DM	<input type="checkbox"/>	HTN	<input type="checkbox"/>	Cardiac	<input type="checkbox"/>	VTE
<input type="checkbox"/>	Endometrial cancer	<input type="checkbox"/>	Breast cancer	<input type="checkbox"/>	Ovarian cancer	<input type="checkbox"/>	Colon cancer	<input type="checkbox"/>	others

Infant's in parents family with:							
<input type="checkbox"/>	Down syndrome	<input type="checkbox"/>	Neural tube defect	<input type="checkbox"/>	Hemophilia	<input type="checkbox"/>	Muscle dystrophy
<input type="checkbox"/>	Thalassemia	<input type="checkbox"/>	SCA	<input type="checkbox"/>	Cystic fibrosis	<input type="checkbox"/>	Othrss

Gynecologic history:					
<input type="checkbox"/>	Fibroids/Myomectomy	<input type="checkbox"/>	Ovarian cyst/excision	<input type="checkbox"/>	Endometriosis
<input type="checkbox"/>	Cervical procedure	<input type="checkbox"/>	Bladder & vaginal repair	<input type="checkbox"/>	Others

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Diagnosis:	التشخيص:		DOA:	تاريخ الرقود:
			ID No.:	الرقم الوطني:
Patient Assessment Form in Obestetric Department		OBS/P/2	نموذج تقييم المرضى في قسم الولادة (القصة المرضية والفحص السريري)	

Examination:								
General:								
	Yes	No		Yes	No		Yes	No
Conscious	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oriented	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Well	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cooperative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pallor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cyanosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaundice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Vital Signs:			
BP=	mmHg	PR=	b/min
RR=	cycle/min	Temperature=	c°
		SpO2=	

Anthropometric measurement:			
Weight=	Kg	Height=	cm
BMI=	m2	Others	

Head & Neck	
Normal <input type="checkbox"/>	Abnormal <input type="checkbox"/>
Lung	
Normal <input type="checkbox"/>	Abnormal <input type="checkbox"/>
Heart	
Normal <input type="checkbox"/>	Abnormal <input type="checkbox"/>

Breast	
Normal <input type="checkbox"/>	Abnormal <input type="checkbox"/>

Lower limbs	Oedema <input type="checkbox"/>	Varicose vein <input type="checkbox"/>	Deformities <input type="checkbox"/>	Others
--------------------	---------------------------------	--	--------------------------------------	--------

Abdominal Examination:		
Contour.....	Scar.....	Hernial orifices.....
Pigmentation.....	Fundal level	Fundal grip
Umbilical grip.....	1st pelvic grip	2nd pelvic grip.....
Uterine contractions	Fetal Heart rate	b/min

Pelvic examination:			
Cervical dilation	cm	Cervical effacement	%
Cervical position	posterior <input type="checkbox"/>	Mid <input type="checkbox"/>	Anterior <input type="checkbox"/>
Cervical consistency	Firm <input type="checkbox"/>	Medium <input type="checkbox"/>	Soft <input type="checkbox"/>
Presenting part		Station	
Bishop score			
Membrane	Bulging <input type="checkbox"/>	Flat <input type="checkbox"/>	Absent <input type="checkbox"/>
Liquor	Clear <input type="checkbox"/>	Meconium <input type="checkbox"/>	Bloody <input type="checkbox"/>
Pelvis			
Adequate <input type="checkbox"/>	Not adequate <input type="checkbox"/> Inlet Mid-cavity outlet		

Antenatal investigations			
Hb=	Blood group	Rh	HBV Ag
Blood Sugar: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal		Others	

Ultrasound finding
Booking
Follow up

Diagnosis
G p + Pregnant.....wk by:
<input type="checkbox"/> LMP lie <input type="checkbox"/> Early U/S presentation <input type="checkbox"/> Follow up U/S.....
Labour: yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Associated or complicated by

Risk card					
Reproductive history		Medical history		Current pregnancy	
<input type="checkbox"/>	Age>35y	<input type="checkbox"/>	Cardiac disease	<input type="checkbox"/>	Multiple pregnancy
<input type="checkbox"/>	Parity>=6	<input type="checkbox"/>	Chronic HTN	<input type="checkbox"/>	Placenta Previa
<input type="checkbox"/>	APH	<input type="checkbox"/>	IDDM	<input type="checkbox"/>	Anemia<8gm/dl
<input type="checkbox"/>	Abortion >=3	<input type="checkbox"/>	Chronic kidney disease	<input type="checkbox"/>	PET
<input type="checkbox"/>	PTL	<input type="checkbox"/>	Pulmonary disease	<input type="checkbox"/>	IUGR
<input type="checkbox"/>	Baby>=4.5kg	<input type="checkbox"/>	SCD	<input type="checkbox"/>	PPROM
<input type="checkbox"/>	Baby<=2.5kg	<input type="checkbox"/>	SLE	<input type="checkbox"/>	Polyhydramnios
<input type="checkbox"/>	SB or NVD	<input type="checkbox"/>	Thyroid disease	<input type="checkbox"/>	oligohydramnios
<input type="checkbox"/>	Eclampsia	<input type="checkbox"/>	Epilepsy	<input type="checkbox"/>	Malpresentation
<input type="checkbox"/>	oligohydramnios	<input type="checkbox"/>	Thromboembolic disease	<input type="checkbox"/>	RH isoimmunization
<input type="checkbox"/>	Scared uterus	<input type="checkbox"/>	PPH	<input type="checkbox"/>	Others

Taken after permission from patient.

By:



File Number: اسم المريض:
Name: رقم الملف:
Age: العمر:
Diagnosis: التشخيص:

شعار
المستشفى

Ward: القسم:
Unit: الوحدة:
Room No.: رقم الغرفة:
DOA: تاريخ الرقود:
ID No.: الرقم الوطني:

Antenatal Risk Assessment for VTE

OBS/P/3

نموذج تقييم خطر التخثر الوريدي قبل الولادة

Antenatal risk assessment for venous thromboembolism

Major risk factors for thrombosis (score as indicated)

- * Previous VTE (equivalent to 4 minor risk factors)
- * Previous VTE provoked by major surgery (equivalent to 3 minor risk factors)
- * Medical comorbidities (equivalent to 3 minor risk factors)
heart failure
cancer,
active SLE,
Active IBD or inflammatory polyarthropathy,
nephrotic syndrome,
type 1 DM with nephropathy,
sickle cell disease, current IVDU.
- * High risk thrombophilia (equivalent to 3 minor risk factors): Antithrombin 3, Protein S and C deficiency, compound or homozygous for low-risk thrombophilias.
- * BMI ≥ 50 (= 3 minor risk factors)
- * BMI 40-49 (= 2 minor risk factors)

Minor risk factors for thrombosis (score 1 for each risk factor).

- * Age >35
- * DMI 30-39
- * Parity 3 or more
- * Family history of unprovoked or oestrogen related VTE in first degree relative at age <50 .
- * Low risk thrombophilia: heterozygous for FVL or PGV
- * Multiple pregnancy or assisted reproductive techniques (ART)
- * Gross Varicose Veins
- * Current systemic infection
- * Pre-eclampsia
- * Smoker > 30 per day
- * Immobility/reduced mobility (e.g. inpatient stay)

Score \geq 4	Offer UFH or LMWH Prophylaxis from the first Trimester
Score = 3	Offer UFH or LMWH Prophylaxis from the 28th Week
Score = 2	Mobilization & Avoidance of Dehydration; Offer UFH or LMWH Prophylaxis during Hospital admission

Thromboprophylactic doses for antenatal and postnatal LMWH

Dose is based on the woman's weight taken at the booking appointment.

WEIGHT	Enoxaparin	Dalteparin	Tinzaparin (75 units/kg/day)
< 50 kg	20 mg daily	2500 units daily	3500 units daily
50–90 kg	40 mg daily	5000 units daily	4500 units daily
91–130 kg	60 mg daily*	7500 units daily	7000 units daily*

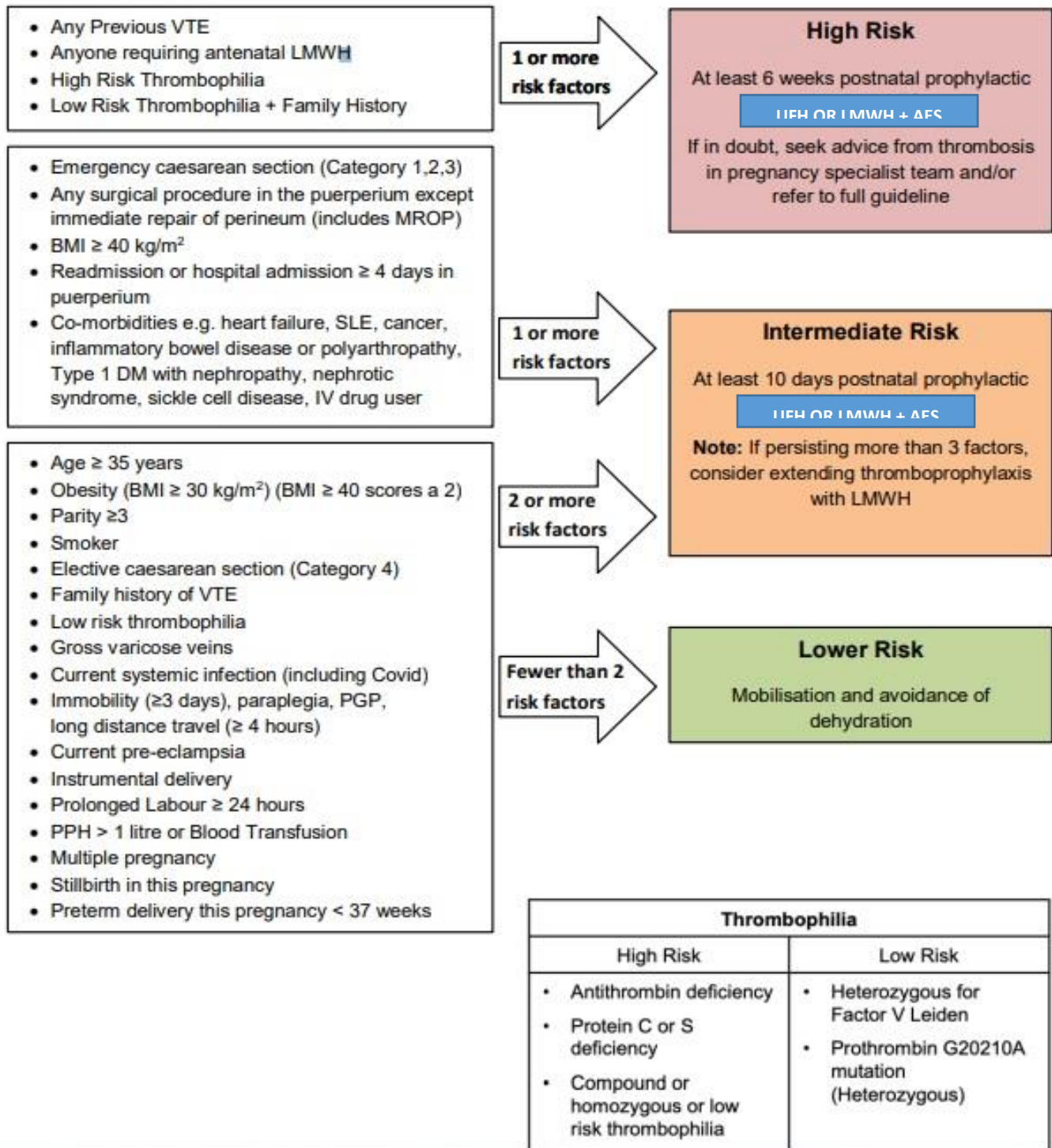
*may be given in 2 divided doses

Unfractionated heparin (UFH) prophylactic dose

5000 U Subcutaneous (SC) every 8-12 hours	UFH 5000-7500 U SC every 12 h in first trimester
	UFH 7500-10 000 U SC every 12 h in second trimester
	UFH 10 000 U SC every 12 h third trimester (if aPTT elevation suspected, consider monitoring aPTT)

Postnatal VTE Risk Assessment and Management

(To be conducted within 4 hours of delivery, during any hospital readmission or if new risk factors develop)



AES: Antiembolic Stocking



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Diagnosis:	التشخيص:		DOA:	تاريخ الرقود:
			ID No.:	الرقم الوطني:

Delivery Notes

OBS/P/5

نموذج ملاحظات الولادة الطبيعية

DELIVERY NOTES

Delivery date: / / Time:

Type of delivery: NVD Assisted: Vacuum Forceps

Breech Others (specify)

Outcome: Live birth Fresh Still Birth Macerated Still birth:

Single Twin/ Multiple

Episiotomy: No Yes

Perineal Tear No Yes Degree: 1st 2nd 3rd 4th

Cervical tear No Yes

Nuchal cord No Yes

Delayed Cord Clamping No Yes

Placenta & membrane complete No Yes

Three-vessel cord No Yes

AMTSL performed: No Yes

1. Uterotonic administered: Inj. Oxytocin OR Tab Misoprostol

2. CCT: No Yes

3. Uterine massage No Yes

Estimated blood loss ml

Complications, if any PPH Prolonged labor Obstructed labor Fetal distress

Shoulder Dystocia Others (specify).....



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Diagnosis:	التشخيص:		DOA:	تاريخ الرقود:
			ID No.:	الرقم الوطني:
Delivery Notes		OBS/P/5	نموذج ملاحظات الولادة الطبيعية	

BABY NOTES

Sex of the baby: Male Female Skin-to-skin contact done: Yes No

Apgar Score 1st Minute 5 Minute 10 minute

Birth weight: gm Preterm: Yes No

Did the baby cry immediately after birth: Yes No

Did the baby require resuscitation: Yes No

If yes, was it initiated in labor room Yes No

Breastfeeding initiated: Yes No Time of initiation:

Any congenital anomaly (please specify)

Any other complication (please specify)

Injection Vitamin K administered: Yes No If yes, dose

CCT: ontrolled Cord Traction.



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number: اسم المريض:
Name: رقم الملف:
Age: العمر:
Diagnosis: التشخيص:

شعار
المستشفى

Ward: القسم:
Unit: الوحدة:
Room No.: رقم الغرفة:
DOA: تاريخ الرقود:
ID No.: الرقم الوطني:

Instrumental Delivery Sheet

OBS/P/6

نموذج ملاحظات الولادة المساندة

INSTRUMENTAL DELIVERY SHEET

Date of admission:	Date of delivery:
Delivered by (NAME):	Signature:
OBSTETRICAL HISTORY:	
1. Gravida:	
2. Last delivery:	
3. Gestational Age by date:	
4. Was the patient informed about the procedure?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
5. Indication	<input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Fetal
6. Duration of second stage	<input type="checkbox"/> >1Hr <input type="checkbox"/> >2 Hr <input type="checkbox"/> >3Hr
7. Fetal wellbeing: CTG	<input type="checkbox"/> Normal / <input type="checkbox"/> Suspicious / <input type="checkbox"/> Pathological
8. Status of the fetal head per abdomen	<input type="checkbox"/> 0/5 th <input type="checkbox"/> 1/5 th
9. Station of the head	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> +1 <input type="checkbox"/> +2
10. Presence of caput	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> +1 <input type="checkbox"/> +2
11. Presence of molding	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> +1 <input type="checkbox"/> +2 moderate <input type="checkbox"/> +3 severe
12. Episiotomy	<input type="checkbox"/> Done <input type="checkbox"/> Not done
13. Type of instrument used	<input type="checkbox"/> Vacuum <input type="checkbox"/> Forceps
14. Type of cap	<input type="checkbox"/> Metallic Maelstrom <input type="checkbox"/> Soft plastic <input type="checkbox"/> Flexible
15. No of pulls	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> >3
16. Causes of failure	
17. Interval time from application to delivery	

COMPLICATIONS:

- I. Fetal
Shoulder dystocia Yes No Others: _____
Erb's Yes No
- II. Materna
Perineal tear 1st o 2nd o 3rd o 4th o
Cervical tear Yes No
Others: _____

Date of delivery: _____ Time of delivery: _____ Location:

Birth Weight: _____

Apgar Score: 1st 5 min. 10 min. 15 min.

Cord ph: N >7.0 <7.0

Baby admitted to: Nursery Yes No

Physician Name: _____ Signature: _____



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Diagnosis:	التشخيص:		DOA:	تاريخ الرقود:
			ID No.:	الرقم الوطني:

Consultation Request & Notes	OBS/P/11	نموذج طلب استشارة وملاحظات الاستشارة
------------------------------	----------	--------------------------------------

<p>File Number:</p> <p>Name:</p> <p>Age: Gender:</p>	<p>Consultation Request Report</p>	<p>Name of Unit: Room n.:</p> <p>From department of:</p> <p>To department of:</p>
<p><i>Dear doctor</i></p> <p><i>I shall be grateful if you can review the clinical state of the above named patient & advice</i></p>		
<p>Regular</p> <p>Date &</p>	<p>Urgent</p>	<p>Emergent</p>
<p>Summary of Patient's Condition & Purpose of Consultation</p>		
<p>Doctor's Name & Signature:</p>		
<p>Date & Time</p>	<p>Opinion & Advice of The Requested Consultant</p>	
<p>Doctor's Name & Signature:</p>		





الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Diagnosis:	التشخيص:		DOA:	تاريخ الرقود:
			ID No.:	الرقم الوطني:

Obstetric Discharge Report Form

OBS/P/13

نموذج تقرير الخروج من الطوارئ التوليدية

OBSTETRIC DISCHARGE REPORT FORM	
Date of discharge:	Time of discharge:
Obstetrical History: Gravida..... Parity Abortion SB..... Preterm Last delivery LMP Gestational age by date Gestational age by U/S	
Fetal monitoring: <input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Continuous: Results:..... Labor: <input type="checkbox"/> Spontaneous <input type="checkbox"/> Augmented <input type="checkbox"/> Induced Indications: <input type="checkbox"/> ARM <input type="checkbox"/> Oxytocin <input type="checkbox"/> Misopristol <input type="checkbox"/> Ballon Catherter	
Clinical Pelvimetry: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal	
Mode of delivery: Vaginal : <input type="checkbox"/> NVD <input type="checkbox"/> Breech delivery <input type="checkbox"/> Assisted delivery Indications (for assisted delivery) Episiotomy: <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Midline <input type="checkbox"/> Mediolateral Sutured by:	
C.S. <input type="checkbox"/> Emergency <input type="checkbox"/> Elective <input type="checkbox"/> Classical <input type="checkbox"/> LSCS Indications: Intraoperative findings:.....	
Type of Anesthesia: <input type="checkbox"/> G.A <input type="checkbox"/> Spinal	
Placenta: <input type="checkbox"/> CCT <input type="checkbox"/> Spontaneous <input type="checkbox"/> Manual <input type="checkbox"/> Weight <input type="checkbox"/> Cord vessels <input type="checkbox"/> Abnormalities Blood loss..... Blood transfusion.....	
Obstetric trauma & Procedures: <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Perineal tear: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Bladder injury <input type="checkbox"/> Extention <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Para urethral <input type="checkbox"/> Ureteral injury <input type="checkbox"/> Subtotal Hysterectomy <input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Labial <input type="checkbox"/> Rupture of uterus <input type="checkbox"/> Total Hysterectomy	
Baby: Neonate <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Twin <input type="checkbox"/> Alive <input type="checkbox"/> Fetal death (Approx. Age) Weight: Apgar score: 1min..... 5minmm <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female Blood group Rh: Coomb's test: <input type="checkbox"/> Ambiguous genitalia Date of delivery: Time of delivery:	
Vital signs of mother on discharge: Temperature: Pulse: BP:..... Blood group: Rh: Haemoglobin: Antibody screen: Anti D: <input type="radio"/> Given <input type="radio"/> Not given Dose	
Treatment/ recommendation on discharge:	
Physician :.....	Sign. Date



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

الصفحة INDEX

NURSING FORMS IN ER

N

نماذج التمريض في الطوارئ



الجمهورية اليمنية

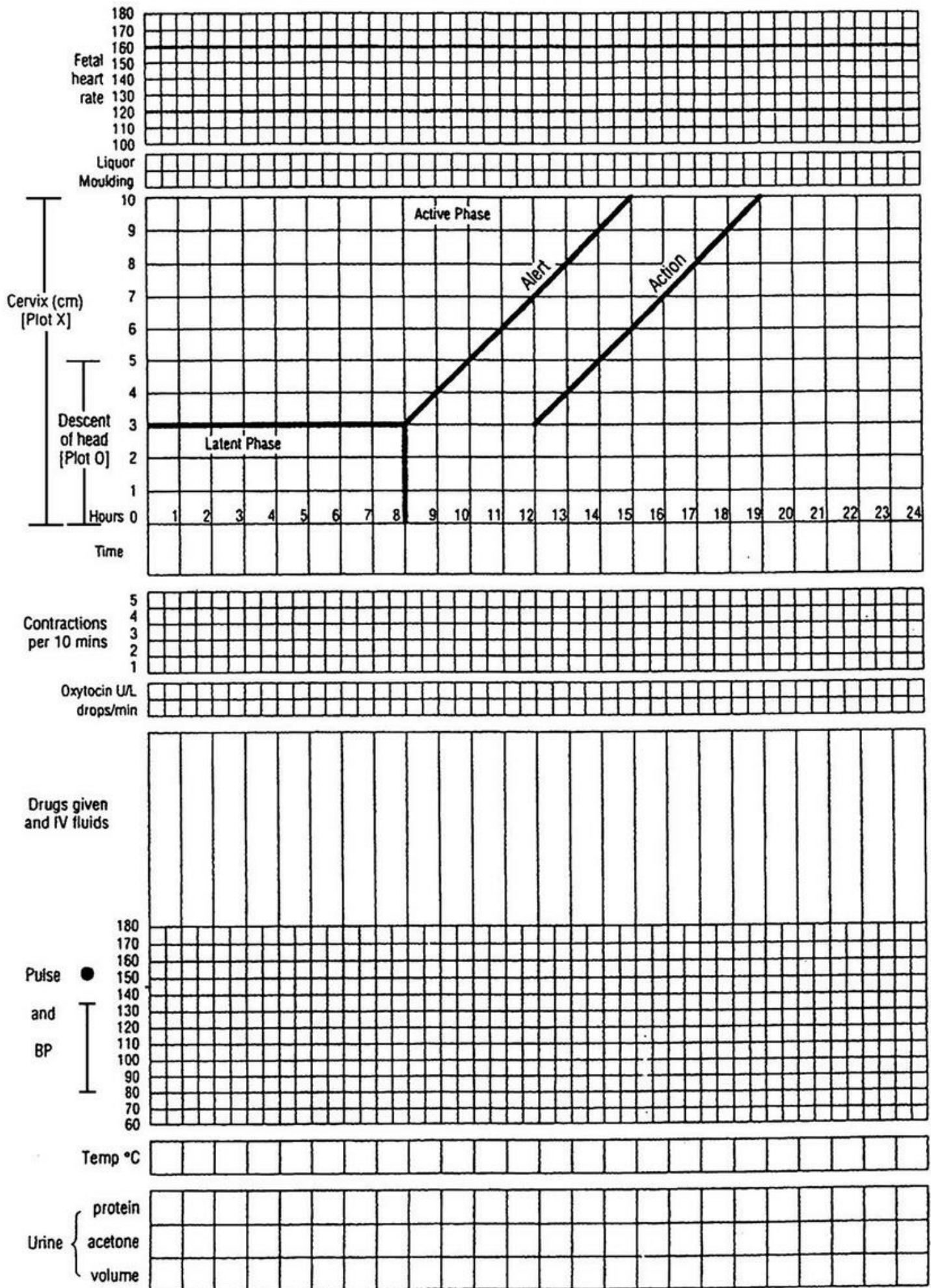
الملف الطبي الموحّد

نماذج التمريض

PARTOGRAPH

Name _____ Gravida _____ Para _____ Hospital no. _____

Date of admission _____ Time of admission _____ Ruptured membranes _____ hours _____



نموذج ايجار سكور

بيانات الوليد

اسم المولود:-.....

المقوية العضلية	البكاء	النبض	الوزن	التنفس	الوقت
					١.الدقيقة
					٢.خمس دقائق
مجموع ايجار سكور					

وجود تشوهات	محيط الصدر	محيط الراس	الطول	اللون

اسم القابلة :-.....

نموذج بصمة قدم المولود

بصمة ايهام الام 	اسم الام:-..... رقم الملف..... التاريخ..... الوقت..... نوع المولود :- ذكر <input type="radio"/> انثى <input type="radio"/>
<input type="radio"/> ولادة قيصرية <input type="radio"/> ولادة طبيعية	
اسم القابلة..... اسم المشرفة.....	
<input checked="" type="radio"/> ولادة قيصرية <input type="radio"/> ولادة طبيعية	
اسم الطبيب :-..... اسم المخدر:-..... اسم المساعد.....	اسم المسلم للطفل (العمليات):-..... الوقت..... اسم القابلة المستلمة للطفل-..... الوقت..... اسم القابلة المسلمة للطفل الى قسم الرقود:- الوقت..... اسم الممرضة المسلمة للطفل:-..... الوقت.....



استمارة الإبلاغ والتحري عن الولادات

1. معلومات عن المرفق :

المحافظة :	المديرية :	إسم المرفق:
------------	------------	-------------

2. بيانات الحالة :

الإسم رباعياً :	العمر:	إسم الزوج/ ولي الأمر	رقم الهاتف
عدد الولادات السابقة ()	()	() مواليد أحياء () مواليد متوفيين () إسقاطات () مواليد مشوهين	()
()	()	() حمل عنقودي () الولادات القيصرية السابقة	()

3. محل الإقامة:

المحافظة :	المديرية :	العزلة او القرية :
------------	------------	--------------------

4. التاريخ المرضي للأم

<input type="checkbox"/> امراض مزمنة	<input type="checkbox"/> استعمال ادوية خلال فترة الحمل	<input type="checkbox"/> أخرى تذكر:
<input type="checkbox"/> حادث جسدي	<input type="checkbox"/> أمراض مصاحبة للحمل	

5. نوع الولادة :

() طبيعية	() قيصرية	() اسقاط
------------	------------	-----------

تنويه : تستكمل البيانات ادناه للولادات القيصرية فقط :

6. نوع الدخول :

<input type="checkbox"/> داخلي	<input type="checkbox"/> خارجي (إحالة) اسم المرفق المحالة منه	<input type="checkbox"/> مباشر
الإجراءات التي تم اتخاذها من قبل المرفق المحالة منه		

7. بيانات القيصرية

تاريخ ووقت الدخول : / / م	تاريخ ووقت إجراء القيصرية : / / م	نوع المولود :	جنس المولود:
مفرد	عمر الحمل بالاسابيع :	<input type="checkbox"/> ذكر ()	<input type="checkbox"/> ذكر ()
توأم	28 - 36 أسبوع	<input type="checkbox"/> أنثى ()	<input type="checkbox"/> أنثى ()
أكثر ()	37 أسبوع فأكثر	<input type="checkbox"/> غير محدد	<input type="checkbox"/> غير محدد
حالة المولود أثناء الولادة :	<input type="checkbox"/> مولود حي ()	<input type="checkbox"/> مولود ميت ()	<input type="checkbox"/> توفي بعد الولادة مباشرة ()
حالة المولود بعد 24 ساعة:	<input type="checkbox"/> مستقر ()	<input type="checkbox"/> حضانة ()	<input type="checkbox"/> وفاة ()
حالة الأم بعد 24 ساعة:	<input type="checkbox"/> مستقرة	<input type="checkbox"/> مضاعفات	<input type="checkbox"/> وفاة

8. أسباب إجراء القيصرية :

(1) قيصرية سابقة	(2) مضاعفات الحمل (تسمم الحمل / إكلامبسيا)
(3) عدم انتظام ضربات قلب الجنين (إجهاد الجنين)	(4) تشوهات خلقية للجنين
(5) أوضاع غير طبيعية للجنين : <input type="checkbox"/> مستعرض <input type="checkbox"/> تدلي الحبل السري	(6) ضيق الحوض
<input type="checkbox"/> كبر حجم الرأس <input type="checkbox"/> تشوهات الرأس <input type="checkbox"/> المجيء الوجهي	(8) ارتعاج أو مقدم الإرتعاج
(7) مجينات غير طبيعية	(10) إنفجار الرحم : <input type="checkbox"/> حقن اكسوتوسين <input type="checkbox"/> الضغط على قعر الرحم
(9) جنين حجمه كبير	(13) توأم
(11) تعسر الولادة	(15) إنبثاق مبكر لجيب المياه
(12) نزيف قبل الولادة (تقدم المشيمة)	(17) أخرى
(14) نزيف قبل الولادة (انفصال المشيمة)	(18) اختياري

9. الجهة الداعمة لتكاليف العملية :

<input type="checkbox"/> اليونيسيف	<input type="checkbox"/> صندوق الأمم المتحدة	<input type="checkbox"/> مؤسسة يمان	<input type="checkbox"/> منظمة الهجرة	<input type="checkbox"/> تحمل التكاليف (ذاتي)	<input type="checkbox"/> تأمين صحي
<input type="checkbox"/> الصحة لعالمية	<input type="checkbox"/> منظمة الاغاثة	<input type="checkbox"/> إعفاء من المرفق	<input type="checkbox"/> فاعل خير	<input type="checkbox"/> أخرى تذكر	

10. بيانات القائم بالتوليد (للولادات تحت اشراف كادر صحي مؤهل)

إسم القائم بالعملية	صفته	الجهة التابع لها	التوقيع
<input type="checkbox"/> استشاري <input type="checkbox"/> أخصائي <input type="checkbox"/> طبيب/ة	<input type="checkbox"/> كادر طبي آخر ()	<input type="checkbox"/> ضمن كادر المرفق <input type="checkbox"/> خارجي	

11. الجهة المؤكدة :

رئيس القسم	مختص الإدخال
الإسم : التوقيع:	الإسم : التوقيع:
بيانات الجهة المؤكدة (المرفق الصحي)	
إسم المرفق الصحي:	إسم مدير المرفق :
	التوقيع والختم:

دليل الرعاية اثناء المخاض

استمارة الرعاية اثناء المخاض

القسم 1	تاريخ تشخيص المخاض النشط		تاريخ تمزق جيب الماء		عدد الاحمال		عوامل الخطر		الاسم:	
	وقت	لمت	وقت	لمت	1	2	3	4	5	6
القسم 2	الرعاية اللاحقة	المرئقة	N							
		مسكت الأم	N							
		سوائل شوية	N							
		الوضعية	SP							
القسم 3	الطفل	الحد الأدنى لنسب الجنين	<110, ≥160							
		تقلب جنين	L							
		المدخل الأمينيوس	M+++ , B							
		وضعية الجنين	P, T							
		تفتح فوهة ليس	+++							
		قوية	+++							
القسم 4	المراة	نضج	<60, ≥120							
		الضغط الانقباضي	<80, ≥140							
		الضغط الانبساطي	≥90							
		الحرارة	<35.0, ≥37.5							
		قوى	P++, A++							
القسم 5	تقدم المخاض PROGRESS	Cervix [Plot X]	10							
			9	≥ 2h						
			8	≥ 2.5h						
			7	≥ 3h						
			6	≥ 5h						
		التفتض [التردد O]	5	≥ 6h						
			4							
			3							
			2							
			1							
القسم 6	الادوية	Oxytocin (U/L, قطرات/ساعة)								
		الدوية								
القسم 7	التشاور والتعاقد القرار	التقييم								
		الخطة								
مقدم الرعاية										

في المرحلة الأولى النشطة - ارس "X"
 لتسجيل توضع عن الرحم بان التحول
 التنبه عند تحول وقت التفتض التوضع
 على الرحم الحالي دون الخراز أو تفت
 في المرحلة الثانية . اعدل "O" لتضرد
 إلى وقت بدء التفتض

التعليمات: ضع دائرة حول أي ملاحظة غير بالمعيار الواردة في عمود "التنبه"، وكتيبه القبلة أي الطبيب الأول وتسجيل التقيم والإجراءات المتخذة. إذا استمر المخاض إلى ما بعد 12 ساعة، فارجس المتابعة في دليل رعاية العمل الجديد.
 Abbreviations: Y - Yes, N - No, D - Declined, U - Unknown, SP - Supine, MO - Mobile, E - Early, L - Late, V - Variable, I - Intact, C - Clear, M - Meconium, B - Blood, A - Anterior, P - Posterior, T - Transverse, P+ - Protein, A+ - Acetone



استمارة الإبلاغ والتحري عن حالة تشوهات الأجنة

1. معلومات عن المرفق :

المحافظة :	المديرية :	حي/عزلة
حارة /قرية:	اسم المرفق :	القسم:

2. بيانات الابوين

اسم الاب رباعياً :	عمل الأب : <input type="checkbox"/> مغترب <input type="checkbox"/> موظف حكومي <input type="checkbox"/> موظف قطاع خاص(مصنع) <input type="checkbox"/> مزارع
اسم الأم رباعياً :	عمل الأم: <input type="checkbox"/> ربة بيت <input type="checkbox"/> موظفة حكومي <input type="checkbox"/> موظفة قطاع خاص(مصنع) <input type="checkbox"/> مزارعة
عمر الأم : <input type="checkbox"/> اقل من 20 سنة <input type="checkbox"/> 20-39 سنة <input type="checkbox"/> 40 سنة فأكثر	الزوج رقم () فترة الزواج ()
القرابة بين الزوجين: <input type="checkbox"/> درجة أولى <input type="checkbox"/> درجة ثانية <input type="checkbox"/> درجة ثالثة	الحالة الاقتصادية للأسرة : فقير <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> غني <input type="checkbox"/>
عدد الولادات السابقة <input type="checkbox"/> صفر <input type="checkbox"/> 1-4 <input type="checkbox"/> 5 فأكثر	إسقاطات () مواليد مشوهين () مواليد متوفيين () حمل عنقودي ()

3. محل الإقامة:

المحافظة :	المديرية :	العزلة او القرية :
------------	------------	--------------------

4. التاريخ المرضي للأم

<input type="checkbox"/> امراض مزمنة:	<input type="checkbox"/> استعمال ادوية خلال فترة الحمل	<input type="checkbox"/> التعرض لإشعاع	<input type="checkbox"/> أخرى تذكر
<input type="checkbox"/> تعرض لحالات خوف شديد	<input type="checkbox"/> تعرض لقصف صاروخي	<input type="checkbox"/> أمراض مصاحبة	

5. إجراءات متابعة الحمل

<input type="checkbox"/> عدد الزيارات لمتابعة الحمل ()	<input type="checkbox"/> فحص الهيموجلوبين	<input type="checkbox"/> تناول أقراص الحديد	<input type="checkbox"/> لقاح الكزاز
---	---	---	--------------------------------------

6. بيانات الولادة

تاريخ الولادة: / / م	نوع الولادة: <input type="checkbox"/> طبيعي <input type="checkbox"/> قيصري <input type="checkbox"/> إسقاط	مكان الولادة : <input type="checkbox"/> منزل <input type="checkbox"/> مرفق <input type="checkbox"/> إحالة
جنس المولود:	عمر الحمل بالأسابيع :	وزن المولود :
<input type="checkbox"/> ذكر	<input type="checkbox"/> أقل من 28 أسبوع	<input type="checkbox"/> أقل من 2500 جرام
<input type="checkbox"/> انثى	<input type="checkbox"/> 28 - 36 أسبوع	<input type="checkbox"/> 2500 - 3500 جرام
<input type="checkbox"/> غير محدد	<input type="checkbox"/> 37 أسبوع فأكثر	<input type="checkbox"/> أكثر من 3500 جرام
حالة المولود : <input type="checkbox"/> مولود حي <input type="checkbox"/> مولود ميت <input type="checkbox"/> توفي بعد الولادة <input type="checkbox"/> تحت الملاحظة		

7. وصف التشوه الخاص بالمولود :

التشوهات الخلقية في الجهاز الهضمي:	التشوهات الخلقية في الجهاز العصبي المركزي:
(1) الإنسداد المريئي من دون ناسور	(1) انعدام الدماغ Anencephal
(2) الإنسداد المريئي مع ناسور رغامي - مريئي	(2) متلازمة أرنولد كيارى Arnold Chiari Syndrome
(3) غياب، إنسداد وتضييق خلقي للأمعاء الغليظة	(3) التهاب الدماغ/قيلة دماغية Encephalocel
(4) غياب، إنسداد وتضييق خلقي للأمعاء الدقيقة	(4) الصلب المشقوق أو السنسنة المشقوقة Spina bifida
(5) ناسور المستقيم والشرح الخلقي	(5) تضخم الرأس أو موه الرأس الخلقي Congenital hydrocephalus
(6) تشوهات خلقية في تثبيت الأمعاء	(6) صغر الرأس Microcephaly
(7) داء هيرشبرنغ أو تضخم القولون اللاعقدي الخلقي	الشفة المشقوقة والحنك المشقوق (الفلج الحنكي) : Clefts
(8) الناسور المريئي الرغامي الخلقي، غير محدد	(1) الشفة المشقوقة Cleft lip
	(2) الحلق المشقوق Cleft palat
التشوهات الصغوية الخلقية Chromosomal	

Cleft lip and palate الشفة والحلق المشقوق (3)		Down's syndrome (متلازمة داون T21) (1)
التشوهات الخلقية في الجهاز العضلي الهيكلي Musculoskeletal		Edward's syndrome, غير المعين (2) T18) unspecified
Congenital خلج الورك الخلقي، غير محدد (1) unspecified .dislocation of the hip		Patau's syndrome, unspecified: غير محدد (3) T13)
Diaphragmatic hernia فتق في حجاب الحاجز (2)		التشوهات الخلقية في الجهاز البولي التناسلي Genitourinary
Gastroschisis إنشقاق البطن الخلقي (2)		Hypospadias الإحليل التحتاني (1)
Omphalocele قيلة الحبل السري (3)		Renal agenesis عدم تخلق الكلى (2)
Polydactyly كثرة الأصابع أو عنش (4)		Indeterminate أعضاء تناسلية ملتبسة أو جنس غير محدد: (3) sex, ambiguous genitalia
Syndactyly إلتصاق الأصابع (5)		kidney disease Cystic كيسات كلوية (4)
Clubfoot, NOS حنف القدم، غير محدد (6)		Congenital hydronephrosis إستسقاء/ موه الكلوة الخلقي (5)
Reduction عيوب الطرف - الأطراف (النقصانية) (7) defects of the limbs		التشوهات الخلقية في العين، الأذن، الوجه والعنق - Eye, ear, face and neck
التشوهات الخلقية في الجهاز التنفسي Respiratory		Anophthalmos, انعدام وصغر وضخامة المقلة، (1) microphthalmos and
atresia Choanal انسداد أو رتق قمع الأنف (1)		cataract Congenital الساد الخلقي (2)
Hypoplasia and نقص تنسج وخلل تنسج الرئة (2) dysplasia of lung		of neck Webbing رقبة وترء (3)
		Microtia/ Anotia صغر صيوان الأذن/ انعدام الأذن الخارجية (4)

إدراج صورة التشوه

--

8. بيانات القائم بالتوليد (للولادات تحت إشراف كادر صحي مؤهل)

التوقيع	صفته	إسم من قام بالتوليد
	طبيب/ة <input type="checkbox"/> قابلة <input type="checkbox"/> كادر طبي آخر <input type="checkbox"/> ()	

9. الجهة المؤكدة:

مختص الإدخال	مسجل البيانات
الإسم : التوقيع:	الإسم : التوقيع:
بيانات الجهة المؤكدة (المرفق الصحي)	
إسم مدير المرفق :	إسم المرفق الصحي:
التوقيع والختم:	

تاريخ الإبلاغ : / / 20م

رقم القيد : ()

رقم الإستمارة : ()



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
قطاع السكان
الإدارة العامة لصحة الأم والوليد

استمارة الإبلاغ الفوري لوفيات الأمهات

1. معلومات عامة عن المرفق :

المحافظة :	المديرية :	حي / عزلة :	حارة / قرية :
إسم المرفق الصحي		القسم	

2. توجد حالة وفاة : نعم لا

3. بيانات المُبلغ :

اسم الشخص المبلغ عن حالة الوفاة :	رقم الهاتف :

4. معلومات عن الحالة المتوفية :

مكان حدوث الوفاة	<input type="checkbox"/> المنزل	<input type="checkbox"/> الطريق
	<input type="checkbox"/> مرفق صحي حكومي	<input type="checkbox"/> مرفق صحي خاص
<input type="checkbox"/> غير معروف		

5. بيانات المتوفاة

الإسم الرباعي للمتوفاة :	عمر المتوفاة :
تاريخ الوفاة :	وقت الوفاة : صباحاً / مساءً

6. عنوان المتوفاة :

المحافظة :	المديرية :	حي / عزلة :	حارة / قرية :

7. بيانات الشخص المرافق للمتوفاة :

اسم الشخص المرافق :	رقم الهاتف :

8. حالة الأم عند حدوث الوفاة :

<input type="checkbox"/> حامل	<input type="checkbox"/> أثناء الولادة	<input type="checkbox"/> بعد الولادة (خلال 42 يوم من الولادة)	<input type="checkbox"/> ليست ضمن الحمل والولادة وما بعد الولادة	<input type="checkbox"/> غير معروف
-------------------------------	--	---	--	------------------------------------

9. بيانات ضابط الإرتباط :

إسم ضابط الإرتباط	صفته	رقم الهاتف	التوقيع

10. الجهة المؤكدة :

رئيس القسم	بيانات مدير الجهة المؤكدة (المرفق الصحي)
الإسم : التوقيع :	الإسم : التوقيع والختم :



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:
PEDIATRIC WARD		PW	قسم الأطفال	



الجمهورية اليمنية

رقود قسم الأطفال

الملف الطبي الموحّد



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

Patient Data Form

PIN/P/1

الغلاف وبيانات المريض

Republic of Yemen Ministry of Public Health & Population		الجمهورية اليمنية وزارة الصحة العامة والسكان
HOSPITAL:		مستشفى:
GOVERNORATE:		المحافظة:
DISTRICT:		المديرية:
DEPARTMENT OF	PEDIATRIC ADMISSION FILE	ملف رقود الأطفال
PATIENT'S NAME:		اسم المريض الرباعي:
DATE OF BIRTH:		تاريخ الميلاد:
AGE:		العمر:
ADDRESS:		العنوان:
المحافظة: المديرية: المدينة: الحي/الشارع/القرية:		
GOV:	DISTRICT:	CITY: STREET:
اسم ولي الأمر: صلة قرابته: التلغون:		
اسم المرافق: صلة قرابته: التلغون:		
FILE NUMBER:		رقم الملف:
DATE: / /	هجري - ميلادي	التاريخ: / /
TIME:		الوقت:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Admission form

PIN/P/2

نموذج الدخول

نموذج الدخول

البيانات الادارية	البيانات الشخصية والاجتماعية
تاريخ الدخول: / / ٢٠	بيانات المريض
ساعة الدخول:	اسم المريض الرباعي:
طريقة الدخول:	اللقب:
عيادة ○ طوارئ (اسم المسعف) ○ إحالة ○	العمر
رقم الدخول: ١ ٢ ٣ ٤ ٥ ملاحظة:	الجنس:
القسم:	العنوان:
الغرفة:	المحافظة:
رقم الملف:	الحي:
رقم التأمين الطبي (في حالة وجوده):	بيانات ولي الامر
الطبيب المعالج:	اسم ولي الامر:
التشخيص المبدئي:	رقم البطاقة:
اسم موظف الدخول:	صلة القرابة:
توقيع موظف الدخول:	رقم التالفون:
	رقم الجوال:

التشخيص الأولي:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Discharge Form

PIN/P/3

نموذج الخروج

نموذج الخروج

التشخيص النهائي:

نوع العمليات (في حالة توажدها):

الحالة عند الخروج:

شفاء	تحسن	إحالة	LAMA	DAMA	وفاة
					قبل ٢٤ ساعة
					بعد ٢٤ ساعة

اعتماد الخروج من الطبيب (الاسم والتوقيع):

اسم الموظف الخروج:

توقيع موظف الخروج:

ملاحظات:

(DAMA) مغادرة المريض مخالفة للتوصيات الطبية ورفضه للعلاج. (LAMA): هروب المريض ومغادرته.



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:
Patient Assessment Form in Pediatric Department		PIN/P/4	نموذج تقييم المرضى في قسم الأطفال (القصة المرضية والفحص السريري)	

Address:		Place of birth:	
No of Kids of family:			
History			
Chief Complaint(s) & Duration:			
History of Present Illness:			
Review of Other Systems (Make a circle around the positive response among involoved data):			
General	Not Doing well, Fatigue, Weight loss, Behavioural changes, appetite, fever		
Skin/Hair & Nail	Rashes, Moles, Bruising, Lumps, itching, Pigmentation & bleeding, Hair/Nail changes		
Head	Headache, conciousness, Abnormal head shape		
Eyes	Visual problem, eye pain or discharge, red eye, abnormal tearing, Strabismus,		
Ear, Nose & Throat	Mouth ulcer, runny nose, epistaxisi, snoring, apnea, oral thrush, dental caries, ear pain or discharge, tinnitus, change in voice, Hearing problem		
Cardiovascular	Chest pain, palpitation, excessive sweating after feeding, dyspnea, orthopnea, PND, syncope, cyanosis, Exercise intolerance		
Respiratory	Cough, Shortness of breath, Chest pain, audible breath sound, hemoptysis, choking		
Gastrointestinal	Nausea, vomiting, regurgitation, retching, odynophagia, diarrhea, constipation, abdominal pain, jaundice, hematemesis, melena, or bleeding per rectum		
Hematology	bleeding, pallor, petechiae, ecchymosis		
Genitourinary	Frequency, dysuria, nocturia/enuresis, hematuria, polyuria, oliguria, incontinence, vaginal discharge, age of menarche (..... Year), Edema		
Musculoskeletal	Weakness, joint pain, joint swelling, myalgia, limping, back pain, bone pain, fracture, scoliosis		
Neurological	Headache, seizure, dizziness, fainting, loss of concieousness, vertigo, tremor, weakness, paresthesia, speech dificulties, abnormal movement, impair sphincter control		
Endocrine	Growth delay, polyphagia, excessive thirst/fluid intake, heat/cold intolerance		
Pubertal:	Secondary Sexual characteristics, Menses, Menstrual problems:		
Allergy:	Allergic rhinitis, Asthma, Eczema, Drug reaction, Food Allergy		
Others (Specify):			
Elaborate more if anv svstem review is positive.			



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Patient History Form

PIN/P/4

نموذج تفاصيل القصة المرضية

Past History

Past History of illness & Previous Hospitalization history: (Add Duration if positive)

Admission to Hospital (time, duration, and cause)

Disease history:

Similar Conditions (when & for how long?)

Drug History, Allergies, Blood transfusion & Surgical History:

Blood transfusion

Procedures & Operations:

Drug History

Birth History: (Make a circle around the positive response among involved data):

PRENATAL:

AnteNatal Care (ANC): Regular , Irregular , None

Vaccine (Anti-tetanus): Yes , No

Radiation Exposure: Yes , No (which Trimester)

Diseases (Mention in which trimester & Medication(s) if given)

Drug intake (Mention Name(s) & in which trimester):

Teratogens Anticonvulsant, Vit A, Narcotics

NATAL:

Age of Mother at pregnancy:

Duration of Pregnancy: Term , Pre-term , Post-term , Gestational age (in weeks)

Site/Type of Pregnancy:

Mode of delivery: Vaginal , CS , Cause of LSCS

Complications: Yes , No

Mention Any Complication During Labor: (e.g. Obstructed Labor)

Baby Crying & Color After Birth (Apgar Score if available)

Baby cried immediately: Yes , No

Others (Specify):

POSTNATAL:

Admission to Nursery: Yes , No , Cause:

Complication(s) as convulsion, jaundice, cyanosis, apnea, fever, Poor feeding, others

Others (Specify):

Elaborate more if any part is positive>



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Patient History Form

PIN/P/4

نموذج تفاصيل القصة المرضية

Social History		
Family History		
Age of Parents:		
Consanguinity: Yes , No , Degree		
Level of Education: Yes , No , Degree		
Number of Siblings & their health (Any Similar illnesses):		
Similar Conditions/illnesses in family (when & for how long?)		
Other Diseases/illnesses in family (when & for how long?)		
Social History & Habits:		
Parents Occupation,	Habits:	
Housing (rent/own):	Crowdedness:	
Water Supply:	Sanitation:	Animals:
Nutritional History:		
INFANTS:	Breastfeeding:	
Breast feeding: Yes , No , Degree		
Exclusive: Yes , No , Degree		
On demand: Yes , No , Degree		
Regular every of hours: Yes , No , Degree		
From both breast: Yes , No , Degree		
In addition to Artificial: Yes , No , Degree		
No of feeding per day: Yes , No , Degree		
Artificial:		
Type of Milk	Mode (bottle, Spoon,)	
Frequency:		
Preperation:		
Sterilization:		
Weaning:		
Age of Weaning:		
Type of food:		
Consistency of food:		
Frequency:		
OLDER CHILDREN:		
No of meals & snacks per day:		
Feeding problems (Vomiting, loss of appetite, diarrhea, distension, colic)		
Others (Specify):		
Elaborate more if any part is positive.		



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number: اسم المريض:
Name: رقم الملف:
Age: العمر:
Gender: الجنس:
Diagnosis: التشخيص:

شعار
المستشفى

Ward: القسم:
Unit: الوحدة:
Room No.: رقم الغرفة:
DOA: تاريخ الرقود:
ID No.: الرقم الوطني:

Patient History Form

PIN/P/4

نموذج تفاصيل القصة المرضية

Vaccination History					
According to the Yemeni EPI Program Schedule:					
		جرعة واحدة	BCG	لقاح الدرن (السل)	بعد الولادة
		جرعة واحدة	Hepatitis B	لقاح الكبد البائي	
		التمهيدي	OPV	لقاح الشلل الفموي	
		الجرعة الأولى	OPV	لقاح الشلل الفموي	في عمر شهر ونصف
			Pentavalent	اللقاح الخماسي	
			Pneumococcal	لقاح المكورات الرئوية	
			ROTA	لقاح الروتا	
		الجرعة الثانية	OPV	لقاح الشلل الفموي	في عمر شهرين ونصف
			Pentavalent	اللقاح الخماسي	
			Pneumococcal	لقاح المكورات الرئوية	
			ROTA	لقاح الروتا	
		الجرعة الثالثة	OPV	لقاح الشلل الفموي	في عمر ثلاثة أشهر ونصف
			Pentavalent	اللقاح الخماسي	
			Pneumococcal	لقاح المكورات الرئوية	
		الجرعة الأولى	IPV	لقاح الشلل الحقن	
		الجرعة الأولى	MR	لقاح الحصبة والحصبة الألمانية	في عمر تسعة أشهر
		الجرعة الرابعة	OPV	لقاح الشلل الفموي	
		الجرعة الثانية	IPV	لقاح الشلل الحقن	
			Vitm A	فيتامين (أ) ١٠٠ ألف وحدة دولية	
		الجرعة الثانية	MR	لقاح الحصبة والحصبة الألمانية	في عمر ١٨ شهراً
		الخامسة	OPV	لقاح الشلل الفموي	
			Vitm A	فيتامين (أ) ٢٠٠ ألف وحدة دولية	
		جرعة تنشيطية	Pentavalent	جرعة من لقاح الخماسي	
		جرعة تنشيطية	MR	لقاح الحصبة والحصبة الألمانية	جرعة تنشيطية
			Vitm A	فيتامين (أ) ٢٠٠ ألف وحدة دولية	في سن دخول المدرسة
			Td	جرعة من لقاح التثائي	



File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Patient History Form

PIN/P/4

نموذج تفاصيل القصة المرضية

Developmental History:

A-Age of attainment of milestone (kindly encircle latest one in each column)

Age	Gross motor	Fine motor -adaptive	Personal -social	Language
2 weeks	-Moves head side to side	-----	-Regards face	-Alerts to bell
2 Months	-Lifts shoulder while prone	-Tracks past midline	-Smile responsively	-Cooling -Searches for sound with eye
4 Months	-Lifts up on hands -Rolls front to back if pulled to sit from supine -No head lag	-Reaches for object -Raking grasp	-Looks at hand -Begins to work toward toys	-Laughs & squeals
6 Months	-Sits alone	-Transfer object hand to hand	-Feeds self -Holds bottle	-Babbles
9 Months	-Pulls to stand -Gets into sitting position	-Starting to pincer grasp -Bangs 2 blocks together	-Waves bye-bye -Plays pat -a-cake	-Says Dad & Mam, but nonspecific. -2 syllable sounds
12 months	-Walks -Stoops & stands	-Puts block in cup	-Drinks from a cup -Imitates others	-Says Dad & Mam specific. -Says 1-2 other words
15 Months	-Walks backward	-Scribbles -Stacks 2 blocks	-Uses spoon & forks -Helps in housework	-Says 3-6 words. -Follows commands
18 Months	-Runs	-Stacks 4 blocks	-Removes garment -"Feeds" doll	-Says at least 6 words.
2 years	-Walks up & down stairs -Throws overhand	-Stacks 6 blocks -Copies line	-Washes & dries hand -Brushes teeth -Puts on clothes	Puts 2 words together- -Points to picture. -Knows body parts
3 years	-Walks steps alternating feet -Broad jump	-Stacks 8 blocks -Wiggles thumb	-Uses spoon well -Spilling little -Put on - T- shirt	-Names pictures. -Speech understandable to stranger 75% -Says 3 words sentences
4 Years	-Balance well on each foot -Hops on one foot	-Copies o, may be + -Draws person with 3 parts	-Brushes teeth without help -Dresses without help	-Names colors -Understands adjectives
5 Years	-Skips -Heels -to - toe walks	-Copies	-----	-Counts -Understands opposites
6 Years	-Balance on each foot 6 seconds	-Copies -Draws person with 6 parts	-----	-Defined words

B-School grade & performance (specify any problems)

C-Behavioral problems(if present):



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Patient History Form

PIN/P/4

نموذج تفاصيل القصة المرضية

إذا لم يكن لدى الطفل تصنيف خطير: قيم مهارات التطور للطفل

العمر	علامات التطور الحركي	علامات التطور العقلي/الاجتماعي	علامات التطور البصري	علامات التطور السمعي/ اللغوي
شهر ونصف	- تحريك الرأس من جهة إلى أخرى - يقوم بحركة متكررة للأطراف - يجلب يديه إلى وجهه - يقبض على الأشياء بيده	- يبتسم للأم - يبكي عند الجوع	- يتتبع الأشياء عندما تتحرك - يغمض عينية عند تسليط الضوء عليها	- يستجيب للأصوات العالية بحركة الرأس او انحماض العينين - يستيقظ من النوم عند حدوث أصوات عالية
ثلاثة اشهر ونصف	- يرفع رأسه ويسنده في وضع مستقيم عند وضعه على الكتف - يديه مفتوحتان معظم الوقت	- يتفاعل مع الام - يبتسم للآخرين	- يتتبع الأشياء القريبة ويحدق في الوجه - ينظر الى يديه - يظهر سعادة عند رؤيته لثدي امه	- يستجيب للأصوات العالية بالبكاء - تلتفت لمصدر الأصوات القريبة - يناغي
6 اشهر	- يمسك اللعبة بيديه وينقلها من يد لأخرى - يرفع الرأس والصدر عند الاستلقاء على البطن - يجلس بمساعدة - ينقلب على يظنه	- يستجيب بالضحك بصوت عالي - يبكي بصوت عالي عند الجوع او عدم الراحة	- تتاسق حركة العينين معا - يميز الوجوه المألوفة - ينظر الى يديه	- يحرك العيون او الرأس باتجاه الأصوات - يستجيب بإصدار أصوات عند التحدث معه - يستجيب عند سماعه صوت امه
9 اشهر	- يجلس بدون مساعدة - يرك الأشياء من يد إلى أخرى - يزحف او يحبو	- يرمي الألعاب والأشياء - يتفاعل عند مغادرة المعتنى بالطفل - ويهدئ عند عودته - يخاف ويبكي من الغرباء - يلوح بيده	- يركز على الأشياء البعيدة - ينظر للأشياء التي يسقطها	- يتمتم (ماما، بابا) - ينتبه عند مناداته باسمه
12 شهر	- يقف ويمشي بالمساعدة - يلتقط الأغراض الصغيرة - باستخدام الإبهام والسبابة	- يقلد الإيماءات مثل (التصفيق باليدين) - يفهم "لا"	- يبحث عن الأشياء والألعاب التي يتم إخفاءها - يركز على الألعاب والأشياء والصور	- يقول بعض الكلمات (بابا، ماما) - يقلد أصوات كلمات مختلفة - يستجيب للأصوات البعيدة
18 شهر	- يستطيع المشي بنفسه - يستخدم الأصابع للأكل - يشرب من الكأس - يمسك الأشياء الصغيرة بأطراف الأصابع	- يتبع الأوامر البسيطة (تعال، اذهب) - يعرف الأشياء المعتادة في البيت (كالهاتف، التلفزيون) - يشير إلى شيء ما يريده	- ينظر للأشياء الصغيرة والصور - يضع الكرات في الصندوق - ينظر للأشياء التي يوقعها	- يفهم أسماء على الأقل شيئين معروفين - يتكلم بعدة كلمات جديدة يردد على الأقل 3 كلمات غير الأسماء - يشير على أجزاء من جسمه عند سؤاله
24 شهر	- يمشي بثبات - يأكل بنفسه - يبني برج من 4 مكعبات او أكثر	- يستخدم اللعب التظاهري مثل اطعام دمية - يعرف ماذا يفعل بمختلف الأشياء - "فرشاة، هاتف، ملعقة"	- يرى الأشياء الصغيرة بوضوح (بداخل الغرفة) - يسمي الأشياء في كتاب الصور "قط، عصفور، كلب"	- يستخدم جملة من كلمتين مثل (اريد ماء) - يحدد مصدر الصوت - يميز الأصوات المألوفة
36 شهر	- يصعد وينزل الدرج بخطوات متبادلة (وبمساعدة)	- يرتدي ويخلع ملابسه مع المساعدة - يفهم أوامر متعددة مثل اذهب المطبخ واحضر لي صحنك.	- يستطيع عمل مجسمات عند رؤيتها - يتعرف على بعض الألوان والأرقام.	- يتحدث من 2 - 3 جمل - يفهم مصطلحات الملكية "ملكي، ملكه، ملكها (حقى، حقها) - يصغي عند التحدث اليه ويستمتع الى القصة
48 شهر	- يجري بثبات - يصعد وينزل الدرج بدون مساعدة	- يمسك القلم ويرسم شخص. - يلعب مع الأطفال الآخرين	- يميز لونين ورقمين على الأقل. - يتعرف على صورته	- يحكي القصة التي حدثت له " مثل الذهاب الى البقالة" - يجيب على الأسئلة البسيطة (اين، من)
59 شهر	- يستطيع الفرز على قدم واحدة - يمسك ويرمي بالكرة	- يفهم المصطلحات المختلفة كالألوان والأشكال والوقت. - يستطيع عد 10 اشياء او أكثر - يأكل و يرتدي ملابس بنفسه.	- يستخدم الملعقة للأكل - يعد الأصابع - يميز الأرقام الى 10 - يميز عده الوان	- يتكلم بجمل واضحة - يكرر جمل بسيطة عند سماعها



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Physical Exam Form	PIN/P/5	نموذج تفاصيل الفحص السريري
--------------------	---------	----------------------------

PHYSICAL EXAMINATION:	الفحص السريري:
a. GENERAL EXAM:	أ. الفحص السريري العام:
GENERAL CONDITION	الحالة العامة للمريض
VITAL SIGNS:	العلامات الحيوية:
- PULSE RATE (PR):	- نبض القلب:
- BLOOD PRESSURE (BP):	- ضغط الدم الشرياني:
- RESP. RATE (RR):	- معدل التنفس:
- TEMPERATURE:	- درجة حرارة الجسم:
- SpO2:	- معدل تشبع الأكسجين:
ANTHROPOMETRICS:	القياسات الانثروبولوجية:
• WEIGHT:	- وزن المريضة:
• LENGTH/HEIGHT:	- الطول:
• HEAD CIRCUMFERENCE:	
• MUAC:	
• Z-SCORE:	
• BMI:	
• OTHERs:	- أخرى:
HEAD & FACE:	الرأس و الوجه:
• Head:	
• Ear:	
• Eyes:	
• Nose:	
• Mouth:	
Throat:	



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Physical Exam Form	PIN/P/5	نموذج تفاصيل الفحص السريري
---------------------------	----------------	-----------------------------------

NECK:	الرقبة:
Thyroid:	
Trachea position:	
Masses:	
Nuchal Rigidity (5 of 5):	
SKIN & LYMPHATICs:	الجلد والأوعية الليمفاوية:
NEUROLOGICAL ASSESSMENT:	تقييم الجهاز العصبي:
Cranial Nerves:	
Sensation:	
Cerebellum:	
Muscle Tone & Strength:	
Reflexes:	
CHEST WALL:	جدار الصدر:
LUNG:	الرئتين:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Physical Exam Form	PIN/P/5	نموذج تفاصيل الفحص السريري
---------------------------	----------------	-----------------------------------

HEART:	القلب:
ABDOMEN:	البطن:
GENITOURINARY:	الجهاز البولي:
Genitalia & Anus:	
Hernias:	
Hydrocele:	
Cryptorchidism:	
Tanner Staging:	
EXTREMITIES: FOR:	الأطراف: بحثا عن:
- EDEMA	- التورم/الوذمة
- PULSE	- النبض
- MENTION POSITIVE SIGNS PRESENT	- أي علامات أخرى موجودة يتم تدوينها
b. LOCAL EXAMINATION:	ب. الفحص الموضعي:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Physical Exam Form	PIN/P/5	نموذج تفاصيل الفحص السريري
---------------------------	----------------	-----------------------------------

PROBLEM LISTS:	قائمة المشاكل:
DIAGNOSIS:	التشخيص:
PROVISIONAL DIAGNOSIS:	التشخيص المبدئي:
DIFFERENTIAL DIAGNOSIS:	التشخيص التفريقي:
ADDITIONAL NOTES:	الملاحظات الاضافية:
NAME OF ATTENDANCE PHYSICIAN:	اسم الطبيب:
SIGNATURE:	توقيعه:
DATE:	التاريخ:
TIME:	الوقت:



File Number: اسم المريض:
Name: رقم الملف:
Age: العمر:
Gender: الجنس:
Diagnosis: التشخيص:

شعار
المستشفى

Ward: القسم:
Unit: الوحدة:
Room No.: رقم الغرفة:
DOA: تاريخ الرقود:
ID No.: الرقم الوطني:

Pediatric VTE Risk Assessment

PIN/P/6

نموذج تقييم خطر تخثر الدم والاصابة بجلطات الاطراف (الاطفال)

Pediatric VTE Risk Assessment

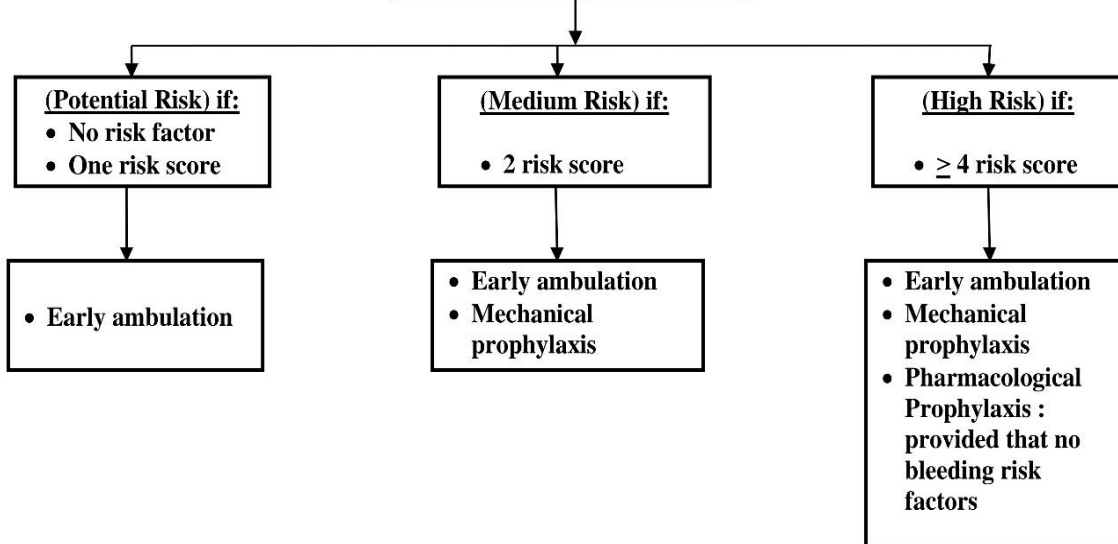
Risk Score	1 Point Each Risk	2 Point Each Risk	3 Point Each Risk
Risk Factor	() Central Venous Catheter () Multiple Trauma () Orthopedic Surgery () Cancer () Nephrotic Syndrome () Sepsis and other Acute State with Disseminated Intravascular Coagulation	() Immobility () Obesity ($\geq 20\%$ Over IBM) () Family History of Coagulopathy	() Hereditary or Acquired Abnormalities of Anticoagulant Factors () Hereditary of DVT (VTE) or Pulmonary Embolism in the Past
Total Score			
VTE Risk Assessment	<ul style="list-style-type: none">No Risk Factors+1 Point = Potential Risk+2 Points = Medium Risk+3 Points = High Risk	Total Score on admission:	Physician's Decision:
Physician Name:	Signature:	Date: / /	
Reassessment	Date: / /	Date: / /	Date: / /
score			
Physician's Decision			
Physician Sign.			
<u>Chemical Prophylaxis is not Recommended in:</u> <ul style="list-style-type: none">Intracranial HemorrhageBrain Ischemia / Acute StrokeActive BleedingRecent Thrombolytic Therapy (< 24 Hours)	<u>Consider Avoiding Chemical Prophylaxis</u> <ul style="list-style-type: none">Intracranial MassLumbar Puncture (< 24 Hours Ago)CoagulopathyNeurosurgical ProcedurePelvic Fracture within Past 48 HoursUncontrolled HypertensionRecent Aspirin / Antiplatelet Uses (< 5-7 Days Ago)	<u>Pharmacologic Prophylaxis</u> <u>Enoxaparin (Subcutaneous)</u> <ul style="list-style-type: none">Renal Impairment (0.5 mg / kg Q24H)Patients < 60 kg (0.5 mg / kg Q12H)≥ 60 kg (40.mg Q24H) Consider 30 kg Q12H in Total Knee ArthroplastyRenal Impairment(30mg Q24H)<u>Heparin (Subcutaneous)</u>Patients ≥ 60 kg (5000 Units Q12H)Renal impairments (5000unitsQ24H)	

Venous Thromboembolic Risk Assessment in Pediatric Patients

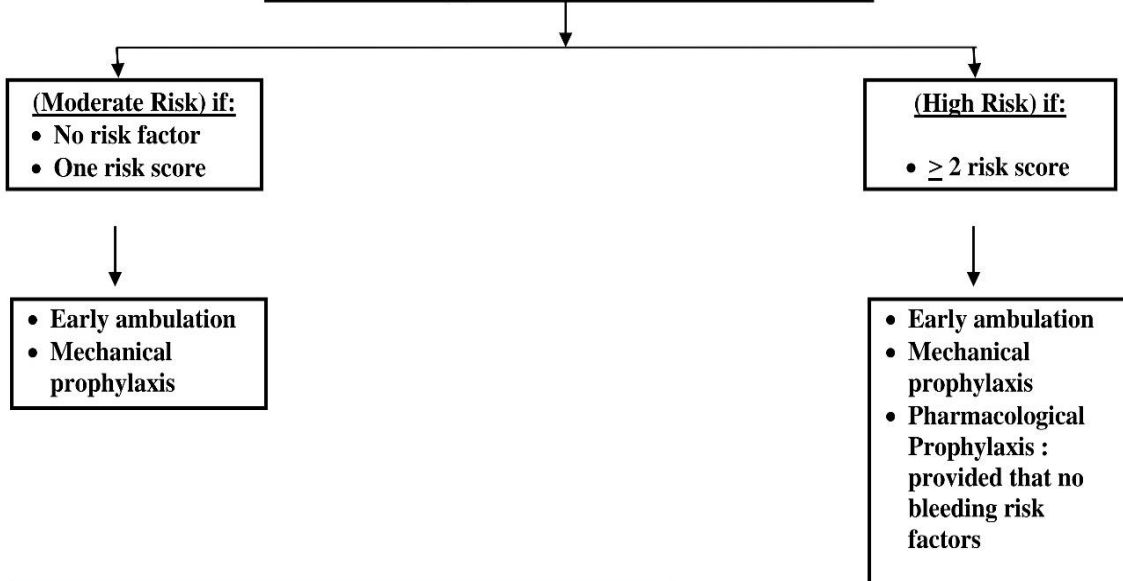
Patients < 6 months age → not meet criteria for prophylaxis guideline

Patients ≥ 6 months → age assess the degree of patient's mobility:

i. If no alteration in patient mobility



ii. If altered mobility (decrease in movement from baseline)



Repeat Risk Assessment Every 48 – 72 Hours.

تطبع خلف الصفحة الخاصة بنموذج تقييم خطر حدوث جلطات الدم عند الأطفال



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Physician Progress Notes Form

PIN/P/9

نموذج ملاحظات الطبيب لتقدم الحالة (متابعة الحالة اليومية)

PHYSICIAN PROGRESS NOTES

ملاحظات التقدم الاكلينيكي الخاص بالطبيب

القسم : / / تاريخ الدخول :

Physician Progress Notes

Date And Time	.....
New Complaint	.....
Relevant Clinical Findings	.....
Significant Results Of Investigations	.....
Plan Of Care*	.....
Signature & Stamp	.....


File Number: -----
 Name: -----
 Age: -----Gender-----

Consultation
Request
Report

Name of Unit: -----Room n.:-----
 From department of: -----
 To department of: -----

Dear doctor

I shall be grateful if you can review the clinical state of the above named patient & advice

Regular	Urgent	Emergent
Date &	Summary of Patient's Condition & Purpose of Consultation	
	Doctor's Name & Signature: <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  <p>المجلس الطبي Medical Council</p> </div>	
Date & Time	Opinion & Advice of The Requested Consultant	
	Doctor's Name & Signature:	



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:
NURSING FORMS IN INPATIENT DEP.		N	نماذج التمريض في قسم الأطفال	



الجمهورية اليمنية

نماذج التمريض بقسم الأطفال

الملف الطبي الموحّد



File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Inpatient Initial Nursing Assessment Form	PIN/N/1	نموذج تقييم الحالة الأولى (للأطفال) عند الدخول للتمريض
---	---------	--

التقييم التمريضي للأطفال عند الدخول

اسم الطبيب: التاريخ: / / الوقت: السن:
النبض: الضغط: التنفس: الحرارة:
الحساسية: الوزن: النوع:
التشخيص الطبي عند الدخول:

تعليمات لأهل المريض

- محتويات الغرفة مكان الحمام وأضواء الطوارئ نظام نداء التمريض مكان الانتظار وقت الزيارة
 شرح نظام حفظ الامانات بالمستشفى التعليمات الخاصة بعدم التدخين أسورة التعريف شرح الاحتياطات لمنع خطر السقوط
هل عرفت حقوق المريض ومسئولياته لأهل المريض؟ نعم لا

تقييم حالة الجلد

تماسك الجلد: صحتي مجعد قرح سكر / قرح فراش جرح غير ملتئم أخرى

المكان	الحجم/ الدرجة	اللون	الإفرازات

عوامل الخطورة	تقييم قرح الفراش للأطفال (Braden SCORE)			
	١	٢	٣	٤
الاحساس بالضغط والالم	(غير موجود نهائيا) - عدم القدرة على الاحساس نتيجة اضطراب بدرجة الوعي او التخدير	(احساس محدود) تماما - استجابة للالم وفقدان الاحساس بنصف الجسم	(احساس محدود جزئيا) - القدرة على الاستجابة للوامر الشفهية مع فقدان الاحساس في واحد او اثنين من الاطراف	(احساس جيد) - استجابة للوامر الشفهية ولا يوجد فقدان للاحساس باي جزء من الجسم
درجة تعرض الجلد للرطوبة	(معرض باستمرار) الجلد معرض باستمرار للرطوبة بسبب البول والعرق وغيره	(معرض غالبا) الجلد معرض غالبا للرطوبة ويجب تغيير غطاء السرير مرة كل شيفت	(معرض احيانا) الجلد يتعرض احيانا للرطوبة او البهل ويجب تغيير غطاء السرير مرة على الاقل يوميا	(نادر التعرض) الجلد جاف غالبا ونادرا ما يتعرض للرطوبة ويتم تغيير غطاء السرير بشكل روتيني
درجة النشاط الجسماني	ملازم الفراش	حركة بالكروسي عدم القدرة على الوقوف او المشي الا بمساعدة الكروسي المتحرك	(يمشي احيانا) يستطيع المشي احيانا مسافة قصيرة جدا مع او بدون مساعدة و يقضي معظم اليوم على الكروسي او السرير	(يمشي كثيرا) يستطيع المشي خارج الغرفة بمفرده على الاقل مرتين يوميا وداخل الغرفة كل ساعتين
القدرة على التحكم وتغيير وضع الجسم	(غير قادر على الحركة نهائيا) غير قادر على تغيير وضع الجسم او تحريك احد اطرافه بدون مساعدة	(القدرة على الحركة محدودة تماما) احيانا يستطيع القيام بحركة طفيفة لاحد اطرافه ولكن معظم الوقت غير قادر على الحركة	(قادر على الحركة جزئيا) يستطيع تحريك الاطراف وتغيير وضع الجسم مرات متعددة	(يستطيع الحركة بشكل طبيعي) يتحرك دائما بشكل طبيعي وبدون مساعدة
التغذية	(ضعيفة جدا) لايأكل وجبة كاملة ويعتمد في التغذية على المحاليل الوريدية	(غير كافية) نادرا ما يأكل وجبة كاملة وبشكل عام يأخذ نصف الطعام المقدم له واحيانا تكون التغذية بالتيوبية رايل	(كافية) يأكل اكثر من نصف الطعام المقدم له ويأخذ حوالي ٤ وجبات يوميا او يتغذى عن طريق الانيوية او تغذية وريدية كاملة	(ممتازة) يتغذى بشكل جيد ويعمل وجباته واحيانا يأكل بين الوجبات بشكل طبيعي
القدرة على الحركة في الفراش او الكروسي (تأثيره على احتكاك الجلد)	(صعبة جدا وتسبب مشكلة) يحتاج الى مساعدة كاملة لحمله وتحريكه في السرير وكثيرا ما ينزلق على السرير او الثاء الجلوس على الكروسي ولا يستطيع تعديل وضعها احتكاك للجلد دائما	(صعبة جزئيا) يتحرك بصعوبة مع القدرة احيانا على التقلب والحركة وتعديل وضعه احتكاك اقل للجلد	(لا توجد مشكلة) لا يوجد احتكاك للجلد	الاجمالي:

عالي الخطورة = ٩ - ١٠
خطورة شديدة = ١٠ - ١٢
خطورة متوسطة = ١٣ - ١٤
خطورة بسيطة = ١٥ - ١٨



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number: اسم المريض:
Name: رقم الملف:
Age: العمر:
Gender: الجنس:
Diagnosis: التشخيص:

شعار
المستشفى

Ward: القسم:
Unit: الوحدة:
Room No.: رقم الغرفة:
DOA: تاريخ الرقود:
ID No.: الرقم الوطني:

Inpatient Initial Nutritional Screening Form

PIN/N/2

نموذج تقييم الحالة التغذوية للمريض

التقييم التغذوي	
فحص الفم	رطب (٠) جاف (١) مصاب (١) وصف الغذاء
التاريخ المرضي	قي وغثيان (١) صعوبة في البلع (٢) رجيم (٣) انخفاض الوزن بدون تغذية بالمحاليل الوريدية (٢) تغذية بالرايل (٣)
الشهية	عادية (٠) أقل من المعتاد (١) مفقودة (٢) طعم اسنان (٠) لا يوجد اسنان مفقودة (٠) اسنان مفقودة (١)

درجة تقييم التغذية: (لو التقييم أكثر من ٤ يتم إبلاغ الطبيب)

نوع التغذية	
عادية	بدون ملح
سكرى	بدون ملح
رضاعة منزلية	قليل الملح
رضاعة منزلية	عالي الملح
رضاعة منزلية	قليل الدهون
رضاعة منزلية	عالي الدهون
رضاعة منزلية	قليل البروتين
رضاعة منزلية	عالي البروتين

رضاعة مطلقة (رضاعة طبيعيه / لبن صناعي)

فحص الألم

وجود ألم: نعم لا مكان الألم:

التقييم الاجتماعي

البيئة المحيطة	يعيش بمفرده ()	مع الأسرة ()	بدون مسكن ()	أخرى ()
احتياجات خاصة	السمع ()	البصر ()	الكلام ()	اللغة ()

التقييم الوظيفي

النشاط الحركي (الأطفال فوق سنتين)

- يتحرك بدون مساعدة (٤) ملازم المقعد (٢) التقييم: .. ()
يتحرك بمساعدة جهاز أو شخص (٣) ملازم الفراش (١)
• الأنشطة المختلفة: ضع علامة عند الحاجة للمساعدة: الإستحمام ارتداء الملابس دخول الحمام المشي الأكل
• لو درجة التقييم (٣) فأقل يقوم الطبيب بعمل طلب للعلاج الطبيعي إذا كان التغيير حديثاً.
تقييم مخاطر السقوط (الأطفال أكبر من ٦ سنوات)
* لا يتم تقييم الأطفال أقل من ٦ سنوات ولكن يتم اتخاذ الاحتياطات كاملة لمنع خطر السقوط
* عدم اتزان الحركة (نزحيف- تمايل) (٣)
* دوار أو إغماء (٣)
* ضعف عام (٣)
* تبول ليلي / تبول لا إرادي (٣)
* حدوث سقوط في آخر ١٢ شهراً (٢)
* أدوية عالية الخطورة (مدرات للبول - أدوية مخدرة - أدوية مهدنة - أدوية نفسية) (٢)
* عدوى نشطة بالجهاز العصبي التهايب المخ والسحائي (٣)
* طفل معاق ذهني (٣)

تقييم درجة خطر السقوط عند الدخول:

➢ درجة التقييم ٣ أو أقل تعنى احتمالية حدوث سقوط منخفضة.

➢ درجة التقييم ٤ أو أكثر تعنى احتمالية حدوث سقوط عالية.

✓ نفذ كل التعليمات الآتية واختر الأنسب:

- ضع حرف (F) على سرير المريض
- أبلغ أهل المريض وجميع أفراد التمريض بأن المريض معرض لخطر السقوط
- السؤال بصورة متكررة عن الرغبة في الذهاب لدخول الحمام.
- الأمان البيئي: تجنب زحام الحجره , احتفظ بالجرس والتليفون قريب , اترك باب الحجره مفتوح , وفر إضاءة ليلا بالفرقة. ارفع جوانب السرير .
- عدم ترك أشياء غير مرغوب بتواجدها على الكمودينو بجوار السرير او الحمام.
- استخدام احزمة الأمان عند نقل الطفل على كرسي متحرك او ترولكي
- وضع الأطفال دون السنتين في سرير خاص بالرضع او سرير مؤمن الجوانب
- ضبط ارتفاع السرير بما يتناسب سن الطفل
- سير المريض

خطة الخروج

- هل انت قادر على العناية بنفسك بدون مساعدة ؟
هل عندك مساعدة بالمنزل؟
هل تستخدم اجهزة معينة؟
هل احضرت هذا الجهاز معك؟
هل تحتاج مساعدة بعد الخروج من المستشفى؟
ته قلبه التمريض:
- نعم لا
نعم لا
نعم لا
نعم لا
نعم لا
نعم لا
- حدد النوع:
نوع المساعدة:
- التدابير: / /



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number:	اسم المريض:	شعار	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:	المستشفى	Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Inpatient Initial Fulldown Assessment Form

PIN/N/3

نموذج تقييم الحالة لخطر السقوط للمريض

الاذراك: (مدرك للمكان / للأشخاص / للوقت)

في حالة الأطفال الاكثر من ٦ سنوات يتم تقييم السقوط:

التاريخ	ص	م	ص	م	ص	م	ص	م	ص	م
السقوط										
أقل من ٣: احتمالية سقوط منخفض										
أكثر من ٤: احتمالية سقوط عالية										
التوقع										
عدم التوازن الحركة (زحيف- تمايل) (٣)										
دوار أو إغماء (٣)										
ضعف عام (٣)										
تبول ليلي / تبول لا إرادي (٣)										
حدوث سقوط في آخر ١٢ شهرا (٢)										
أدوية عالية الخطورة (مدرات للبول - أدوية مخدرة - أدوية مهدنة - أدوية نفسية) (٢)										
عدوى نشطة بالجهاز العصبي النهاب المخ او المسحائي (٣)										
* تاريخ سكتة دماغية (٣)										
* فقدان التركيز (٣)										
* هشاشة عظام (١)										
* ضعف في السمع أو النظر (٢)										
* تاريخ نوبات دوخة أو إغماء (٣)										
* طفل معاق ذهني (٣)										

عوامل الخطورة	تقييم فرح الفراش للأطفال (Braden SCORE)			
	١	٢	٣	٤
الاحساس بالضغط والام	(غير موجود نهائيا) - عدم القدرة على الاحساس نتيجة اضطراب بدرجة الوعي او التخدير	(احساس محدود) تماما - استجابة للام وفقدان الاحساس بنصف الجسم	(احساس محدود جزئيا) - القدرة على الاستجابة للأوامر الشفهية مع فقدان الاحساس في واحد او اثنين من الاطراف	(احساس جيد) - استجابة للأوامر الشفهية ولا يوجد فقدان للاحساس بأي جزء من الجسم
درجة تعرض الجلد للرطوبة	(معرض باستمرار) الجلد معرض للرطوبة بسبب البول والعرق وغيره	(معرض غالبا) الجلد معرض غالبا للرطوبة ويجب تغيير غطاء السرير مرة كل شيفت	(معرض احيانا) الجلد يتعرض احيانا للرطوبة او البهل ويجب تغيير غطاء السرير مرة على الأقل يوميا	(نادر التعرض) الجلد جاف غالبا ونادرا ما يتعرض للرطوبة ويتم تغيير غطاء السرير بشكل روتيني
درجة النشاط الجسمي	ملازم الفراش	حركة بالكروسي عدم القدرة على الوقوف او المشي الا بمساعدة الكروسي المتحرك	(يمشي احيانا) يستطيع المشي احيانا مسافة قصيرة جدا مع او بدون مساعدة و يقضى معظم اليوم على الكروسي او السرير	(يمشي كثيرا) يستطيع المشي خارج الغرفة بمفرده على الأقل مرتين يوميا وداخل الغرفة كل ساعتين
القدرة على التحكم وتغيير وضع الجسم	(غير قادر على الحركة نهائيا) غير قادر على تغيير وضع الجسم او تحريك احد اطرافه بدون مساعدة	(القدرة على الحركة محدودة تماما) احيانا يستطيع القيام بحركة طفيفة لاحد اطرافه ولكن معظم الوقت غير قادر على الحركة	(قادر على الحركة جزئيا) يستطيع تحريك الاطراف وتغيير وضع الجسم مرات متعددة	(يستطيع الحركة بشكل طبيعي) يتحرك دائما بشكل طبيعي وبدون مساعدة
التغذية	(ضعيفة جدا) لا يأكل وجبة كاملة ويعتمد في التغذية على المحاليل الوريدية	(غير كافية) نادرا ما يأكل وجبة كاملة وبشكل عام يأخذ نصف الطعام المقدم له و احيانا تكون التغذية باليوية رابل	(كافية) يأكل اكثر من نصف الطعام المقدم له و يأخذ حوالي ٤ وجبات يوميا او يتغذى عن طريق الابوية او تغذية وريدية كاملة	(ممتازة) يتغذى بشكل جيد ويكمل وجباته و احيانا يأكل بين الوجبات بشكل طبيعي
القدرة على الحركة في الفراش او الكروسي (تأثيره على احتكاك الجلد)	(صعبة جدا وتسبب مشكلة) يحتاج الى مساعدة كاملة لحمله وتحريكه في السرير وكثيرا ما ينزلق على السرير او أثناء الجلوس على الكروسي ولا يستطيع تعديل وضعه، احتكاك للجلد دائما	(صعبة جزئيا) يتحرك بصعوبة مع القدرة احيانا على التقلب والحركة وتعديل وضعه احتكاك أقل للجلد	(لا توجد مشكلة) يتحرك في السرير او الكروسي بشكل جيد بدون مساعدة لا يوجد احتكاك للجلد	عالي الخطورة = ٩ أو أقل خطورة شديدة = ١٠ - ١٢ خطورة متوسطة = ١٣ - ١٤ خطورة بسيطة = ١٥ - ١٨



File Number: اسم المريض:
Name: رقم الملف:
Age: العمر:
Gender: الجنس:
Diagnosis: التشخيص:

شعار
المستشفى

Ward: القسم:
Unit: الوحدة:
Room No.: رقم الغرفة:
DOA: تاريخ الرقود:
ID No.: الرقم الوطني:

Inpatient Initial Pain Scoring Form

PIN/N/4

نموذج تقييم الحالة لدرجة الألم للتمريض

PAIN ASSESSMENT AND TREATMENT

قياس الألم و علاجه

التاريخ: / / الوقت:

Pain Intensity Scale : قياس حدة الألم



(A) Numerical Pain Rating Scale (For Adult & Conscious Patients) : قياس رقمي لحدة الألم للكبار وللمرضى الواعين:



B) Wong-Baker FACES Pain Rating Scale : قياس الألم عن طريق تعبيرات الوجه:

- This Scale Can Be Used With (Young Children above 6 Years of age). يستخدم في الأطفال أكبر من 6 سنوات.
- It Also Works Well For Many Older Children And Adults As Well As For Those Who Speak a Different Language. يمكن استخدامه للكبار سناً والبالغين والذين يتكلمون لغات مختلفة
- Explain That Each Face Represents a Person Who May Have No Pain, Or As Much Pain As Imaginable كل وجه يعبر على ما عليه المريض من حدة الألم

(C) FLACC Scale:

- This is a behavior scale that has been tested with children age 3 months to 6 years. عن طريق السلوكيات من سن 3 شهور إلى 6 سنوات.
- It can be used also for incoherent patients. في المرضى غير قادرين على الكلام.
- Each of the five categories (Face, legs, activity, cry, and consolability) is scored from 0-2 and the scores are added to get a total from 0 - 10.

(الوجه والأرجل والنشاط والبكاء والتماسك)

	0	1	2
Face الوجه	No Particular Expression Or Smile لا تعبيرات مميزة على الوجه	Occasional Grimace Withdrawn Disinterested. متجهج مكثف غير مهتم.	Frequent to Constant Frown , Clenched Jaw. عبوس وعض على فكية.
Legs الأرجل	Normal Position Or Relaxed أرجل مسترخية	Uneasy, Restless, Tense تتحرك بصعوبة وغير مرتاح و مشدود	Kicking Or Legs Drawn Up. يرفس أو يضم أرجله على صدره
Activity النشاط	Lying Quietly, Normal Position Moves Easily. يتم أو يتحرك بسهولة.	Squirming Shifting Back & Forth, Tense. يكون في وضع القرقصاء و مشدود.	Arched, Rigid, Or Jerking. مقوس ومتيبس ويهتز
Cry البكاء	No Cry لا بكاء Awake Or asleep. صاح أو نائم.	Moans Or Whimpers Occasional Complaint. بن أو يبكي و يمكن أن يشتكي.	Crying Steadily, Screams, Frequent Complaints. دم البكاء و الصراخ مع الشكوى
Consolability التماسك	Content, Relaxed. مقتنع أو مرتخي.	Reassured By Occasional Touching Hugging To Talking To يهدن بالتلامس أو التمسك أو التحدث	Difficult To Console Or Comfort صعوبة في الإرضاء.

Signature



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number: اسم المريض:
Name: رقم الملف:
Age: العمر:
Gender: الجنس:
Diagnosis: التشخيص:

شعار
المستشفى

Ward: القسم:
Unit: الوحدة:
Room No.: رقم الغرفة:
DOA: تاريخ الرقود:
ID No.: الرقم الوطني:

Inpatient Daily Nursing Assessment Form

PIN/N/5

نموذج التقييم التمريضي اليومي للأطفال (التمريض)

نموذج التقييم التمريضي اليومي للأطفال

تاريخ الدخول: / /

التشخيص:

التاريخ		ص		م		ص		م		ص		م	
الحركة													
- يتحرك بدون مساعدة (٤)													
- يتحرك بمساعدة جهاز أو شخص (٣)													
- ملازم المقعد (٢) - ملازم الفراش (١)													
الإمراك (مدرك / غير مدرك)													
درجة تقييم الوعي (.....)													
(واعى (١٣-١٥) / شبه واعى (٩-١٢)													
غيبوبة (٣-٨) /													
غير مستجيب (٣)													
التغذية (٤-٠)													
تقييم حالة الجلد													
اسورة التعريف (موجودة/ غير موجودة)													
درجة تقييم مخاطر قرح الفراش													
عالي الخطورة = ٩ او اقل													
خطورة شديدة = ١٠ - ١٢													
خطورة متوسطة = ١٣ - ١٤													
خطورة بسيطة = ١٥ - ١٨													
العناية بالوصلات													
(تم التغيير والحفاظ عليها من الانفصال)													
التوقيع													

ملحوظة: يتم الرجوع للتقييم التمريضي عند الدخول في حالة الاحتياج الى معرفة طريقة التقييم

تقييم حالة الجلد

تماسك الجلد صحي مجعد بقع حمراء قرح سكر/ قرح فراش جرح غير ملتئم أخرى.....

تقييم التغذية:

* فحص : الفم رطب (٠) جاف (١) مصاب (١) * وصف الغذاء (عادي (٠) / لين (١) / سائل (٢))

* التاريخ المرضي: قن وغثيان (١) صعوبة في البلع (٢) انخفاض الوزن بدون رجيم (٣)

تغذية بالرايل (٣) تغذية بالمحالييل الوريدية (٣)

* الشهية : عادية (٠) اقل من المعتاد (١) مفقودة (٢)

* الاسنان : طقم اسنان (٠) لا توجد اسنان مفقودة (٠) اسنان مفقودة (١)

> (اذا كان التقييم أكثر من ٤ يتم إبلاغ الطبيب)

قياس درجة الوعي : Glasgow coma scale

* استجابة العين (تلقائي (٤) / للكلام (٣) / لللام (٢) / لا توجد رد فعل (١)

* الاستجابة اللفظية (واعى (٥) مدروخ (٤) كلمات غير مناسبة (٣) غير مفهوم (٢) لا استجابة (١)

* الاستجابة الحركية (يطيع الاوامر (6) يحدد المؤثر الخارجى (5) يسحب من المؤثر (4) / انكماش غير طبيعى (3) ممدد جسده بطريقة غير طبيعية

(2) / لا استجابة (1)

* المجموع Score واعى (١٥-١٣) ، شبه واعى (٩-١٢) ، غيبوبة (٣-٨) ، لا يستجيب (٣)



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number: اسم المريض:
Name: رقم الملف:
Age: العمر:
Gender: الجنس:
Diagnosis: التشخيص:

شعار
المستشفى

Ward: القسم:
Unit: الوحدة:
Room No.: رقم الغرفة:
DOA: تاريخ الرقود:
ID No.: الرقم الوطني:

Patient's Investigations List (Lab Results) Flow Sheet

PIN/N/11

نموذج متابعة قائمة نتائج الفحوصات للمريض

PATIENT'S INVESTIGATION LIST																
LAB	TESTS	DAY	2024		2024		2024		2024		2024		2024		2024	
		DATE	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
		TIME	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
CBC	HB															
	WBC															
	PLATELETS															
KFTS	CREATININE															
	UREA															
ELECTROLYTES	Na															
	K															
	Ca															
	Mg															
	Cl															
LFTS	ALT															
	AST															
	BILIRUBIN															
	ALKP															
	T PROTIEN															
RH ACTIVITY	ALBUMIN															
	ESR															
	CRP															
COAGULAT ION PROFILE	ASO															
	PT															
	PTT															
THYROID	INR															
	TSH															
PCT	PCT															
CARDIAC ENZYMES	CPK															
	CK MB															
	TROPONIN															
OTHERS	HBAIC															
	FBS															
	NURSE ID:															
NOTES:																
										IN CHARGE SIGNATURE						



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number: اسم المريض:
Name: رقم الملف:
Age: العمر:
Gender: الجنس:
Diagnosis: التشخيص:

شعار
المستشفى

Ward: القسم:
Unit: الوحدة:
Room No.: رقم الغرفة:
DOA: تاريخ الرقود:
ID No.: الرقم الوطني:

Fluid Balance Chart

PIN/N/15

نموذج خريطة توازن السوائل

Fluid Balance
خريطة السوائل

Date التاريخ	Time الوقت	الداخل INTAKE				الخارج OUTPUT			Signature التوقيع
		PARENTERAL		N / G الرايل	ORAL بالفم	URINE كمية البول	Drain درنقة	Others أخري	
		Fluid السوائل	BL . product مكونات الدم						
08 am									
09 am									
10 am									
11 am									
12 pm									
13 pm									
TOTAL									
14 pm									
15 pm									
16 pm									
17 pm									
18 pm									
19 pm									
TOTAL									
20 pm									
21 pm									
22 pm									
23 pm									
24 am									
01 am									
02 am									
03 am									
04 am									
05 am									
06 am									
07 am									
TOTAL									
Total (24 hr.) , intake =					c.c.	Output =		c.c.	
Line	Position	Insert date	Site check		TOTAL BALANCE				

تاريخ الدخول : / / التشخيص.....



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number: اسم المريض:
Name: رقم الملف:
Age: العمر:
Gender: الجنس:
Diagnosis: التشخيص:

شعار
المستشفى

Ward: القسم:
Unit: الوحدة:
Room No.: رقم الغرفة:
DOA: تاريخ الرقود:
ID No.: الرقم الوطني:

Medication Chart (Regular Drug) Sheet

PIN/N/18

نموذج متابعة/توثيق قائمة الأدوية (المنتظمة)

MEDICATION CHART

STARTING DATE	DRUG NAMES	DAY													
		DATE	TIME	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM	AM	PM
...../..... /2024	DRUG: ROUTE: DOSES: FREQUENCY: NURSE ID:														
...../..... /2024	DRUG: ROUTE: DOSES: FREQUENCY: NURSE ID:														
...../..... /2024	DRUG: ROUTE: DOSES: FREQUENCY: NURSE ID:														
...../..... /2024	DRUG: ROUTE: DOSES: FREQUENCY: NURSE ID:														
...../..... /2024	DRUG: ROUTE: DOSES: FREQUENCY: NURSE ID:														
...../..... /2024	DRUG: ROUTE: DOSES: FREQUENCY: NURSE ID:														

ANTIBIOTIC TEST:

ALLERGY

PRECAUTIONS

NOTES:

IN CHARGE SIGNATURE



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

File Number: اسم المريض:
Name: رقم الملف:
Age: العمر:
Gender: الجنس:
Diagnosis: التشخيص:

شعار
المستشفى

Ward: القسم:
Unit: الوحدة:
Room No.: رقم الغرفة:
DOA: تاريخ الرقود:
ID No.: الرقم الوطني:

Medication Chart (One Time/Omitted
Drug) Sheet

PIN/N/19

نموذج متابعة/توثيق قائمة الأدوية (المعطاة لمرة
واحدة فقط أو التي تم إيقافها)

MEDICATION CHART (2)

ONE TIME MEDICATION LIST

DATE	TIME	DRUG NAME	DOSE	ROUTE	PRESCRIBED BY DR	NURSE ID	NURSE SIGNATURE
...../...../2024							
...../...../2025							
...../...../2026							
...../...../2027							
...../...../2028							
...../...../2029							
...../...../2030							
...../...../2031							
...../...../2032							
...../...../2033							
...../...../2034							
...../...../2035							

OMITED DRUGS LIST

DATE	TIME	DRUG NAME	DOSE	ROUTE	PRESCRIBED BY DR	NURSE ID	NURSE SIGNATURE
...../...../2024							
...../...../2025							
...../...../2026							
...../...../2027							
...../...../2028							
...../...../2029							
...../...../2030							
...../...../2031							
...../...../2032							
...../...../2033							
...../...../2034							

NOTES:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

الصفحة INDEX

ICU FILE

4

ملف العناية



الجمهورية اليمنية

الملف الطبي الموحّد

ملف العناية المركزة



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

ICU/P3

Patient Data Form

ICU/P/3

الغلاف وبيانات المريض

Republic of Yemen Ministry of Public Health & Population				الجمهورية اليمنية وزارة الصحة العامة والسكان	
HOSPITAL:				مستشفى:	
GOVERNORATE:				المحافظة:	
DISTRICT:				المديرية:	
		ICU ADMISSION FILE		ملف العناية المركزة	
PATIENT'S NAME:				اسم المريض الرباعي:	
AGE:				العمر:	
FILE NUMBER:				رقم الملف:	
DATE: / /		هجري - ميلادي		التاريخ: / /	
TIME:				الوقت:	




ICU Progress Notes

ICU/P/8

نموذج المتابعة اليومية للحالة في العناية

File Number: ----- Name: ----- Age: ----- Diagnosis: -----	Physician(s) Order (s) & Progress Notes	Name of ward: ----- Name of unit: ----- Room number: ----- Date of admission: -----
---	--	--

Date & Time	Progress Notes	Management Orders	Problem list
Vital Sign			Requested investigations
HR: RR: BP: Temp: SPO2:			

Name of consultant (s) & Signature: -----

Name of physician (s) & signature: -----

Name of nurse(s) & signature: -----



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

INDEX

NURSING Forms In ICU

N

نماذج التمريض في العناية المركزة



الجمهورية اليمنية

الملف الطبي الموحّد

نماذج التمريض



Care Flow Sheet 1&2

ICU/N/2

نموذج تفاصيل حالة المريض في العناية

CARE FLOW SHEET (2)

PROCEDURE(S)	Notes: write doctor name if patient is discharged during the shift	Date	Time
	Transfer to OT		
	CV line		
	Arterial line		
	ETT		
	Chest tube		
	Tracheostomy tube		
	NGT		
	Foley's catheter		
	Cannula		

BLOOD SUGAR	Time	FBS	RBS	Type of insulin	Dose	

ARTERIAL BLOOD GASES	Time																			
	Site																			
	PH																			
	Pco2																			
	BD/E																			
	Hco3																			

VENTILATOR SETTING	Time	Mode	TV	FIO2	RR	PEEP	PS	NOTES	

GLASGOW COMA SCALE		Motor response	Best verbal response	Eye opening
	1	No response	No response	No response
	2	Decerebrate	Incomprehensible	To pain
	3	Decorticate	Inappropriate	On command
	4	Withdraw	Confuse	Spontaneously
	5	Localize pain	Conscious, oriented	
	6	Obey command		

Other side of page is used



INTENSIVE CARE
LAB RESULTS FLOW SHEET

	Date	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
CBC	WBCs											
	RBCs											
	Hb (gm%)											
	Hct(%)											
	Platelets											
Coagulation	PT											
	PC											
	INR											
	PTT											
Liver	Total Protein											
	Albumin (mg%)											
	T. Bilirubin											
	D. Bilirubin											
	ALT (SGPT)											
	AST (SGOT)											
	ALP											
Kidney	Urea											
	Creat. (mg%)											
	Uric acid(mg%)											
Electrolytes	Na ⁺ (meq/1%)											
	K ⁺ (meq/1%)											
	Ca ⁺⁺											
	Mg ⁺⁺											
	PO ₄											
Cardiac	CPK											
	CPK – MB											
	LDH											
	Tropnin											
Lipid	Cholesterol											
	Triglycerides											
	LDL											
	HDL											
ABG	pH											
	PCO ₂											
	O ₂ sat											
	HCO											
Others												
Physician Signature	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

* To be written by the physician



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

INDEX

RESPIRATORY Therapy Forms In ICU

RT

نماذج الرعاية التنفسية



الجمهورية اليمنية

الملف الطبي الموحّد

نماذج التنفسية



ABG Follow up Chart

ICU/RT/1

نموذج فحص غازات الدم

نموذج توثيق نتائج فحص غازات الدم وتفسيره :

هنا يوضع شعار وأسم المنشأة الصحية	Respiratory Care Dep. Arterial Blood Gases- RT Sheet	Patient Name. Age: Gender: File No. Date: Sample Type : Diagnosis :
--------------------------------------	---	---

ABG's Interpretation :

.....
.....
.....

RT Recommendations :

.....
.....
.....

Value	Actual Result	Normal range
PH		
PAO2		
SAO2		
PACO2		
HCO3		
BE		
Na+		
K+		
Cl-		
Ca++		
Anion Gap		

Respiratory Therapist Sign
Name :
ID:



Ventilated Patient Daily Chart

ICU/RT/3

نموذج التحقق اليومي للمريض على التنفس الصناعي

نموذج متابعة وتوثيق خدمات الرعاية التنفسية في أقسام الرقود :

هنا يوضع شعار وأسم المنشأة الصحية		Respiratory Care Department RT Treatment Sheet		Patient Name:..... File No:..... Age:..... Gender:..... Attending Physician:	
Level of Consciousness A Awake C Comatose D Drowsy L Lethargic S Sedated	Breath Sounds 1 Clear 5 Fine Crackles 2 Stridor 6 Coarse Crackles 3 Wheezes 7 Decreased 4 Rhonchi 8 Bronchial ↓ Few/ Decreased ↑ Increased	Cough ■ P Productive ■ NP Non-Productive ■ 3 Strong ■ 2 Moderate ■ 1 Weak ■ 0 None	Suction O Oral NT Nasotracheal T ETT/ Trach NP Nasopharyngeal	Tolerance T Tolerated NT Not Tolerated C Cooperative NC Not Cooperative	
SECRETIONS ■ Amount 3 Large 2 Moderate 1 Small 0 None S Swallowed		■ Consistency T Thick M Moderate L Loose ■ Odor F Fetid N None	■ Color C Clear Y Yellow B Bloody W White G Green Br Brown	MDI/ Aerosol Device A- AMBU Bag M- Mouthpiece V- Ventilated Bi- BiPAP F- Face mask S- Spacer B- Blowby T- Trach Mask / T- piece Gas Source C Compressed Air O ₂ Oxygen	MDI/Aerosol Given √ Given X Not Given 1 Not Needed 2 Pt refused 3 Patient not Available
Oxygen Device RA Room air PR Partial re-breather N Nasal Cannula NR Non re-breather F Face mask T T-piece V Venturi TM T-mask MV Mech. Ventilated		Lung Zones (CPT) RU Right upper LU Left upper RM Right middle LL Left lower RL Right lower Bi Bilateral		Position F Fowler's T Tredelenburg SF Semi-Fowler's P Prone SL Side Lying SC Sitting in chair	
DIAGNOSIS:					
Date					
Time					
Level of Consciousness					
Pre Breath Sounds	RU	LU			
Post Breath Sounds	RL	LL			
● BP	Before	After			
● HR	Before	After			
● RR	Before	After			
● SaO ₂	Before	After			
● Cough					
● Suction	Tolerance				
● Secretions (Pre-Post)	Oral				
	Tracheal				
● O ₂ Device	Flow/FI O ₂				
● MDI	Aerosol Device				
Medication/s	Frequency				
Meds Given	Tolerance				
● CPT & PD	Lung Zone				
	Position				
	Tolerance				
DB Exercise	Tolerance				
Bronchial Lavage					
Lung Inflation Therapy					
RT: INITIALS					
ID #					
MEDICATIONS	1		3		
	2		4		



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

INDEX

Clinical Pharmacy Forms In ICU

CPH

نماذج الصيدلة السريرية



الجمهورية اليمنية

الملف الطبي الموحد

نماذج الصيدلة السريرية



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

INDEX

Controlled Psychotropic Prescription Sheet

ICU/CPH/2

وصفة طبية خاصة بالمؤثرات العقلية

Republic of Yemen
Ministry of public Health &
Population
Supreme Board of drugs & Medical
Appliances- Sana a



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
الهيئة العليا الادوية والمستلزمات
الطبية- صنعاء

وصفة طبية خاصة بالمؤثرات العقلية المراقبة Controlled Psychotropic's Prescription

Patient ,s name (4)	اسم المريض(رباعيا):
Age العمر:	Sex: الجنس:
Date: التاريخ:	Nationality: الجنسية:
I.D. No/place of issuance /Date:	رقم البطاقة (شخصية -عائلية -جواز سفر) محل وتاريخ الاصدار
File No.: رقم الملف:	Section /Clinic القسم/العيادة:
Drug name: Generic/Trade(conc.& pharma.Form):	اسم الدواء العلمي/التجاري/التركيز والشكل الصيدلاني
Dosage /day & Route of administration:	الجرعة اليومية وطريقة الاستخدام:
Duration:	المدة العلاجية:
Quantity (number & letter)	الكمية بالأرقام والحروف:
Dr. Name: اسم الطبيب ثلاثيا:	اسم الطبيب ثلاثيا:
Pharmacist name & signature: اسم الصيدلاني وتوقيعه:	اسم الصيدلاني وتوقيعه:
Pharmacy Stamp: ختم الصيدلية:	ختم الصيدلية:
Nurse name & signature: خاص بالمستشفيات:اسم الممرض/المرمضة وتوقيعه	خاص بالمستشفيات:اسم الممرض/المرمضة وتوقيعه
Patient ,s name (4)	اسم المريض(رباعيا):
Age العمر:	Sex: الجنس:
Date: التاريخ:	Nationality: الجنسية:
I.D. No/place of issuance /Date:	رقم البطاقة (شخصية -عائلية -جواز سفر) محل وتاريخ الاصدار
File No.: رقم الملف:	Section /Clinic القسم/العيادة:
Drug name: Generic/Trade(conc.& pharma.Form):	اسم الدواء العلمي/التجاري/التركيز والشكل الصيدلاني
Dosage /day & Route of administration:	الجرعة اليومية وطريقة الاستخدام:
Duration:	المدة العلاجية:
Quantity (number & letter)	الكمية بالأرقام والحروف:
Dr. Name: اسم الطبيب ثلاثيا:	اسم الطبيب ثلاثيا:
Pharmacist name & signature: اسم الصيدلاني وتوقيعه:	اسم الصيدلاني وتوقيعه:
Pharmacy Stamp: ختم الصيدلية:	ختم الصيدلية:
Nurse name & signature: خاص بالمستشفيات:اسم الممرض/المرمضة وتوقيعه	خاص بالمستشفيات:اسم الممرض/المرمضة وتوقيعه
Patient ,s name (4)	اسم المريض(رباعيا):
Age العمر:	Sex: الجنس:
Date: التاريخ:	Nationality: الجنسية:
I.D. No/place of issuance /Date:	رقم البطاقة (شخصية -عائلية -جواز سفر) محل وتاريخ الاصدار
File No.: رقم الملف:	Section /Clinic القسم/العيادة:
Drug name: Generic/Trade(conc.& pharma.Form):	اسم الدواء العلمي/التجاري/التركيز والشكل الصيدلاني
Dosage /day & Route of administration:	الجرعة اليومية وطريقة الاستخدام:
Duration:	المدة العلاجية:
Quantity (number & letter)	الكمية بالأرقام والحروف:
Dr. Name: اسم الطبيب ثلاثيا:	اسم الطبيب ثلاثيا:
Pharmacist name & signature: اسم الصيدلاني وتوقيعه:	اسم الصيدلاني وتوقيعه:
Pharmacy Stamp: ختم الصيدلية:	ختم الصيدلية:
Nurse name & signature: خاص بالمستشفيات:اسم الممرض/المرمضة وتوقيعه	خاص بالمستشفيات:اسم الممرض/المرمضة وتوقيعه
Patient ,s name (4)	اسم المريض(رباعيا):
Age العمر:	Sex: الجنس:
Date: التاريخ:	Nationality: الجنسية:
I.D. No/place of issuance /Date:	رقم البطاقة (شخصية -عائلية -جواز سفر) محل وتاريخ الاصدار
File No.: رقم الملف:	Section /Clinic القسم/العيادة:
Drug name: Generic/Trade(conc.& pharma.Form):	اسم الدواء العلمي/التجاري/التركيز والشكل الصيدلاني
Dosage /day & Route of administration:	الجرعة اليومية وطريقة الاستخدام:
Duration:	المدة العلاجية:
Quantity (number & letter)	الكمية بالأرقام والحروف:
Dr. Name: اسم الطبيب ثلاثيا:	اسم الطبيب ثلاثيا:
Pharmacist name & signature: اسم الصيدلاني وتوقيعه:	اسم الصيدلاني وتوقيعه:
Pharmacy Stamp: ختم الصيدلية:	ختم الصيدلية:
Nurse name & signature: خاص بالمستشفيات:اسم الممرض/المرمضة وتوقيعه	خاص بالمستشفيات:اسم الممرض/المرمضة وتوقيعه
ملاحظة: الاصل بيضاء النسخة الخضراء يحتفظ بها في صيدلية المستشفى. النسخة الصفراء يحتفظ بها في ملف المريض. النسخة الوردية تبقى في ملف الوصفات.	



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

INDEX

BLOOD BANK FILE

7

ملف بنك الدم



الجمهورية اليمنية

الملف الطبي الموحّد

نماذج نقل الدم



Blood Order Form

Age : Sex: Date of Ordering : Room No.:

Diagnosis:

Components	Amount	Order Status	Time of Order
<input type="radio"/> Whole Blood	<input type="radio"/> Scheduled	.....
<input type="radio"/> Packed RBCs	<input type="radio"/> Emergency	.....
<input type="radio"/> Filtered packed RBCs	<input type="radio"/> High emergency	.....
<input type="radio"/> Irradiated packed RBCs	(Without cross matching)	
<input type="radio"/> Fresh Frozen Plasma(FFP)		History of previous blood transfusion:	
<input type="radio"/> Platelet concentrate	
<input type="radio"/> Cryo Precipitate	History of previous blood transfusion reaction:	
<input type="radio"/> Irradiated Platelets	

Ordering Physician

.....

Ordering Nurse

.....

Blood Bank Physician

.....

الأصل : بينك الدم
الصورة : بملف المريض



Blood Delivery Form

BB/P/2

نموذج اعطاء الدم للمريض

Blood Delivery Form

Age : Sex: Room No.:

Diagnosis:

Components	Amount
<input type="radio"/> Whole Blood
<input type="radio"/> Packed RBCs
<input type="radio"/> Filtered packed RBCs
<input type="radio"/> Irradiated packed RBCs
<input type="radio"/> Fresh Frozen Plasma(FFP)
<input type="radio"/> Platelet concentrate
<input type="radio"/> Cryo Precipitate
<input type="radio"/> Irradiated Platelets

Time of delivery of blood components:

Blood Group Rh Group (D antigen)

Antibody Screening

Cross matching : matched

Bag No.

Date of Delivery

Nurse

Blood Bank Physician

.....

.....

.....

* يتم الاحتفاظ بكيس الدم في ثلاجة بدرجة حرارة 2-6 لحين استخدامه و لا يجوز استقبال كيس الدم المرتجع لبنك الدم بعد مرور نصف ساعة على تسليمه للجهة الطالبة للكيس .

الاصل : بينك الدم

الصورة : بملف المريض



إقرار الموافقة على نقل الدم أو احدى مكوناته

Specific-Informed Consent Form for Blood or Blood product transfusion

I consent:
to the administration of whole blood or blood components
from approved blood banks or donors tested in the hospital.
It has been explained to me that there is the possibility of ill
effects including, but not limited to chills, fever, and allergic
reaction. I acknowledge and agree that neither the physician
nor the hospital provided any guarantee or warranty with
respect to the blood or blood component

أنا الموقع أدناه
أوافق على نقل دم أو احدى مكوناته لى من بنوك دم معتمدة
أو متبرعين جرى فحصهم بالمستشفى. وقد تم اعلاى بالتأثيرات
الجانبيهة والغير محددة الناتجة عن نقل الدم أو احدى مكوناته مثل
الرعشة، ارتفاع درجة الحرارة، الحساسية، كما لم أمتح أى ضمان من
الطبيب أو المستشفى بخصوص الدم المنقول.

Patient Name: اسم المريض / الوكيل :
Signature: Date : Time: التوقيع: التاريخ الوقت:
Physician's Name: اسم الطبيب:
Signature: Date : Time: التوقيع: التاريخ الوقت:

نموذج متابعة نقل الدم ومكوناته

Nurse follow up for blood transfusion

Female أنثى Male ذكر : الجنس Sex السن : Age

Date received تاريخ إستلام الدم أو مشتقاته	Amount الكمية	Blood & Blood PRODUCT الدم أو مشتقاته
Time received وقت إستلام الدم أو مشتقاته	Packed Rbc's	كرات دم حمراء أو مكثفة
Diagnosis تشخيص المريض	Whole Blood	دم كامل
Nurse Name إسم الممرضة	Plasma	بلازما
Witness الشاهد	Platlets	صفائح دموية

Starting Time وقت بدء إعطاء End Time وقت إنتهاء إعطاء

العلامات الحيوية أثناء نقل الدم Vital signs

No لا	Yes نعم	Other notes ملاحظات أخرى	Resp. Rate التنفس	Bl. Pr. الضغط	Pulse النبض	Temp. الحرارة	Time الساعة	Time limit الوقت المحدد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Side Effect حدوث مضاعفات						Two Hours Before ساعتين قبل نقل الدم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rash طفح جلدى						Just before قبل نقل الدم مباشرة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rigors رعشة						After 5 minutes بعد 5 دقائق من بدء نقل الدم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fever ارتفاع بدرجة الحرارة						After 10 minutes بعد 10 دقائق من بدء نقل الدم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dyspnea صعوبة بالتنفس						After 15 minutes بعد 15 دقائق من بدء نقل الدم
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Others أخرى						After one hour بعد ساعة من بدء نقل الدم
signature : الإضاء			Amount given:			الكمية المعطاه :		

** In case of any of above mentioned side effect فى حالة حدوث أى من الأعراض السابق ذكرها أثناء نقل الدم يراعى الآتى

- 1 - Stop transfusion at once . وقف نقل الدم فى الحال
 - 2 - Report to the responsible physician . إبلاغ الطبيب المسئول عن الحالة
 - 3 - Written report to lab . إبلاغ كتابى لبنك الدم
- Care Of مراعاة الآتى : - Change blood transfusion set every two units تغيير جهاز الوريد بعد كل وحدتين
- إبلاغ فورى لبنك الدم فى حالة حدوث اختلاف فى البيانات الفعلية للمريض والموجودة على كيس الدم وكذلك اختلاف الفصيلة أو عدد الوحدات المطلوبة والفعلية وإرسال الدم أو مشتقاته بإبلاغ رسمى لبنك الدم



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

INDEX

LAB & RADIOLOGY

COVER

الفحوص المخبرية والأشعة



الجمهورية اليمنية

الملف الطبي الموحّد

المختبر والأشعة



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

INDEX

LAB FILE

5

ملف المختبر



الجمهورية اليمنية

الملف الطبي الموحّد

نماذج قسم المختبر



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

LAB/P2

Request of Hematology Tests

LAB/P/1

طلب فحوص الدم العام

LABORATORY REQUEST	طلب فحص مخبري
HEMATOLOGY	وحدة الدم العام
CBC	فحص الدم العام
CBC Manual	فحص الدم العام يدوي
Hb (Hemoglobin) Manual	فحص مستوى صبغة الدم الحمراء يدوي
WBCs Count, Manual	عدد كريات الدم البيضاء يدوي
Platelets Count, Manual	عدد الصفائح الدموية يدوي
Reticulocyte count (Retics)	فحص الخلايا الحمر غير المعمرة
ESR 2hr	فحص ترسيب الخلايا الحمراء
ESR 1hr	فحص ترسيب الخلايا الحمراء
CD4	فحص الخلايا الليمفاوية (سي دي 4)
CD4+CD8	فحص الخلايا الليمفاوية (سي دي 4 و 8)
LE Cell	فحص الخلايا الدموية الدفاعية
Sickling test	فحص المنجلية
Osmotic Fragality Test	فحص الاستيعاب الاسموزي للخلايا الحمراء
G6PD	فحص التفول (التبقل)
Blood film Study (for Report)	فحص مسحة دموية
Malaria smear Manual (MPS)	فحص مسحة الملاريا يدوي
Malaria cassette (Ag Rapid)	فحص الملاريا
Microfilaria smear (Filariasis)	فحص مسحة جرثومة داء الفيل
Bone Marrow Study (Leishmania)	فحص نخاع العظم لليشمانيا

Requested By:	طالب الفحوصات:
Signature:	توقيعه:
Date:	التاريخ:



Request of Hematology Tests

LAB/P/1

طلب فحوص الدم العام

BLEEDING & COAG PROFILE		فحوص نزيف/تجلط الدم	
Bleeding Time		فحص زمن النزيف	
Clotting Time		فحص زمن التجلط	
Prothrombin Time/INR		فحص سيولة الدم (زمن البروثرومبين)	
PTT (Partial Thromboplastin Time)		فحص زمن الثرمبوبلاستين	
D-dimer		فحص مستوى الـ دي دايمر	
Factor VIII		فحص مستوى العامل رقم 8	
Von-Willbrand Factor		فحص مستوى العامل فون ويلبراند	
Factor IX		فحص مستوى العامل رقم 9	
Factor X		فحص مستوى العامل رقم 10	
Factor XI		فحص مستوى العامل رقم 11	
Factor II		فحص مستوى العامل رقم 2	
Factor VII		فحص مستوى العامل رقم 7	
Factor V		فحص مستوى العامل رقم 5	
Factor-V-Leiden		فحص مستوى العامل 5 لايدن	
Protein C		فحص مستوى البروتين سي	
Protein S		فحص مستوى البروتين اس	
Fibrinogen		فحص مستوى الفيبرينوجين	
FDP (Fibrinogen Degradation Product)		فحص مستوى منتج تكسر الفيبرينوجين	
Fibrin		فحص مستوى الفيبرين	
Thrombin (Thrombin Time)		فحص مستوى الثرومبين	
Homocysteine		فحص مستوى الهوموسيستين	
Myoglobin		فحص مستوى المايوجلوبين في الدم	
Met-hemoglobin		فحص مستوى الميتهموجلوبين في الدم	
Ham's Test		فحص هامس	
Hb Electrophoresis		فصل مكونات صبغة الدم	
Serum Protein Electrophoresis		فصل بروتينات البلازما	



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

LAB/P2

Request of Hematology Tests

LAB/P/1

طلب فحوص الدم العام

LABORATORY REQUEST	طلب فحص مخبري
AUTOIMMUNE MARKERS	وحدة المناعة
ANA	Anti-SCL-70
ASMA	Anti-RNP
AMA	Anti-Actin Abs
Anti-DNA	Anti-Cardiolipin IgM
Anti-ds-DNA Ab (ELISA)	Anti-Cardiolipin IgG
Anti-ds-DNA (IIF)	Anti-GAD-65 Abs
Antiphospholipid IgM	AGA IgA
Antiphospholipid IgG	Anti-Gliadin IgA
Lupus Anticoagulant	Anti-Gliadin IgG
Anti-Thrombin III	Anti-Islet Antigen-2 Abs
Anti-CCP (Anti-Cyclic Citruline Peptide)	Anti-Endomysial Abs
P-ANCA	Anti-Transglutaminase IgA
C-ANCA	Anti-Transglutaminase IgG
Anti-LKM-1	Anti-Parietal cells Abs
Anti-Sm (Smith Abs)	Anti-Microsomal Abs
Anti-Jo	Anti-Gangliosides Profile
Anti-Histone	ASKA
Anti-SS-A (Ro)	ASCA IgA
Anti-SS-B (La)	ASCA IgG

Requested By:	طالب الفحوصات:
Signature:	توقيعه:
Date:	التاريخ:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

LAB/P2

Request of Hematology Tests

LAB/P/1

طلب فحوص الدم العام

LABORATORY REQUEST	طلب فحص مخبري
AUTOIMMUNE MARKERS	وحدة المناعة
Soluble Liver Ag	Inhibin-A
Anti-Soluble Liver Abs	Inhibin-B
Anti-Sperms Abs	IMMUNOGLOBULINs
Anti-Platelets Abs	IgM (Total IgM)
Anti-GBM Abs	IgG (Total IgG)
Anti-Centromer Abs	IgA (Total IgA)
Acetylcholinestrace	IgE
Anti-Acetylcholine Receptor Abs	TORCH (CLIA)
Anti-B2-Glycoprotein Abs	Toxoplasmosis Cassette (Latex)
Anti-B2-Glucoprotein IgM	Toxoplasmosis IgM
Anti-B2-Glucoprotein IgG	Toxoplasmosis IgG (Avidity Test)
ENA Profile (Extractable Nuclear Antigens)	CMV IgM
COMPLEMENTS	CMV IgG
Complement C2	Herpes Simplex I&II IgM
Complement C3	Herpes Simplex I IgG
Complement C4	Herpes Simplex II IgG
Complement C5	Rubella IgM
Complement C6	Rubella IgG
Complement C8	

Requested By:	طالب الفحوصات:
Signature:	توقيعه:
Date:	التاريخ:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

LAB/P2

Request of Hematology Tests

LAB/P/1

طلب فحوص الدم العام

LABORATORY REQUEST		طلب فحص مخبري	
SEROLOGY		وحدة الامصال	
TPHA		Intrinsic Factor Abs	
VDRL Latex Manual (Syphilis Ab Cassette)		Tuberculin Skin Test (Mantoux)	
VDRL ELISA (Syphilis TP CMIA)		Single Dose PPD	
ASO ELISA (Quantitative PRO ASO Quant/Immuno-turbidimetry)		Tuberculin Skin Test (Mantoux) Double Dose PPD	
ASO Latex		TB Ab test (Cassette) TB Rapid Test	
Typhoid IgG/IgM Rapid Test (Cassette)		Quantiferon (TB Gold Plus QFT-Plus)	
Typhoid IgM (Chromatography)		Mycoplasma Pneumoniae IgG Ab	
Typhoid IgG (Chromatography)		Mycoplasma Pneumoniae IgM Ab	
Typhoid IgM		Echinococcus Abs (ELISA)	
Typhoid IgG		Schistosoma IgG	
Widal test Latex		Schistosoma Ag in Urine	
Brucella test Latex		Leishmania IgG	
Brucella IgM		Filariasis IgG	
Brucella IgG		Filariasis IgM	
E. histolatica Abs		Aspergillus specific IgM	
Amoebiasis Abs		Aspergillus specific IgG	
Cholera Test		Dengue IgM	
Chlamydia IgM		Dengue IgG	
Chlamydia IgG			

Requested By:		طالب الفحوصات:	
Signature:		توقيعه:	
Date:		التاريخ:	



Request of Hematology Tests

LAB/P/1

طلب فحوص الدم العام

LABORATORY REQUEST		طلب فحص مخبري	
SEROLOGY		وحدة الامصال	
Chikungunya IgG		HELICOBACTER PYLORI	
Chikungunya IgM		H. pylori Ab Screen test Cassette	
Varicella Zoster Virus IgM		(Chromatography)	
Varicella Zoster Virus IgG		H. pylori IgG	
EBV IgM		H. pylori IgA	
EBV IgG		H. pylori IgM	
Measles IgM		H. pylori Stool Ag	
Measles IgG		H. pylori (Urea Breath Test)	
Mumps IgM		Intrinsic Factor Abs	
Mumps IgG		Allergy Profile	
Infectious Mononeuclosis (Monospot test)		Inhallational Allergy Test	
		Food Allergy Test (Food Allergic IgE)	
COVID IgM		Atopy Allergy Test	
COVID IgG		Drug Allergy Test	
Direct Coombs test Manual		Pediatric Allergy Test	
Indirect Coombs test Manual			
CRP Latex		Rheumatoid Factor Latex	
CRP ELISA (Pro. CRP Quant/Immuno-turbidimetry)		Rheumatoid Factor ELISA Cobas/Olimbus (Pro. RF Quant/Immuno-turbidimetry)	

Requested By:		طالب الفحوصات:	
Signature:		توقيعه:	
Date:		التاريخ:	



Request of Biochemistry Tests

LAB/P/2

طلب فحوص الكيمياء

LABORATORY REQUEST	طلب فحص مخبري
BIOCHEMISTRY UNIT	وحدة الكيمياء الحيوية
BLOOD SUGAR	Cardiac Enzymes (CKMB, CPK, LDH)
FBS	CK
RBS	CK-MB
PPBS	CPK
Hb A1C (Copas C311)	Troponin I
Hb A1C Cassette	Troponin T (High Sensitivity)
Oral Glucose Toleranse Test (OGTT)	Troponin Chromatography (Cassette)
Insulin Resistance (HOMAIR)	LDH
Insulin Tolerance Test	Uric Acid
Serum Ketones	Lactate (Plasma Lactate)
ACE (Angiotensin Converting Enzymes)	Aldolase
Lipid profile (CHO, TGs, LDL, HDL)	KFTs
Cholesterol	Urea
Triglycerides	Creatinine
HDL	Creatinine Clearance
LDL	BUN/Creatinine Ratio
VLDL	Urea/Albumin Ratio
LDL/HDL RATIO (RISK)	Albumin:Creatinine Ratio (ACR)

Requested By:	طالب الفحوصات:
Signature:	توقيعه:
Date:	التاريخ:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

LAB/P2

Request of Biochemistry Tests

LAB/P/2

طلب فحوص الكيمياء

LABORATORY REQUEST		طلب فحص مخبري	
BIOCHEMISTRY UNIT		وحدة الكيمياء الحيوية	
LFTs		PANCREATIC FUNCTION TESTs	
AST (SGOT)		Serum Lipase	
ALT (SGPT)		Serum Amylase (Alpha Amylase-P)	
GGT (Gamma-GT)		Alpha Amylase Total	
Alkaline Phosphatase (ALP)		Alpha 1 Antitrypsin	
Serum Bone ALP		Apolipoprotein B (Apo-B)	
Total Bilirubin		Apolipoprotein A1 (Apo-A1)	
Indirect Bilirubin		C1 Esterase Inhibitor	
Direct Bilirubin		Ceruloplasmin	
Albumin		Serum Copper	
Total Protein		Zinc	
Globulin		Iron (Cobas Integra)	
Albumin:Globulin Ratio		TIBC	
Alpha 2 Microglobulin		UIBC	
Haptoglobin		Ferritin Assay	
HOMA-B		Transferrin	
HOMA-IR		Transferrin Saturation	
Fructosamine		Beta-2 Transferrin	
		Folate (Folic Acid)	

Requested By:		طالب الفحوصات:	
Signature:		توقيعه:	
Date:		التاريخ:	



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

LAB/P2

Request of Biochemistry Tests

LAB/P/2

طلب فحوص الكيمياء

LABORATORY REQUEST		طلب فحص مخبري	
BIOCHEMISTRY UNIT		وحدة الكيمياء الحيوية	
SERUM ELECTROLYTES		BLOOD GASES	
Sodium (Na)		HCO ₂	
Potassium (K)		Serum Bicarbonate HCO ₃	
Total Calcium (Ca)		Anion Gap	
Ionized Calcium		Base Excess	
Phosphorus (PO) Inorganic		Ammonia	
Calcium:Phosphorus Ratio		ABGs (Arterial Blood Gases) Analysis	
Magnesium (Mg)		VBGs (Vein Blood Gases) Analysis	
Chloride (Cl)		CH50	
		Fibro test	
VITAMIN LEVELS		Fibromax	
Vitamin A		Cysteine C	
Vitamin B6		Bense-Jones Protein	
Vitamin B12			
Vitamin C		Serum Osmolality	
Vitamin D3 (25-OH)			
Vitamin D (Total)			

Requested By:		طالب الفحوصات:	
Signature:		توقيعه:	
Date:		التاريخ:	



Request of Serology Tests

LAB/P/3

طلب فحوص الفيروسات والهرمونات

LABORATORY REQUEST		طلب فحص مخبري	
VIRAL MARKERS		وحدة المناعة	
HAV IgM		QUANTITATIVE REALTIME PCR	
HAV IgG		HPV PCR	
HAV Ab Total		CMV (PCR)	
HAV IgG & IgM (Cassette)		HIV (PCR) (Xpert-HIV Viral Load)	
HBsAg ELISA		Western blot	
HBsAg Chromatography (Cassette)		HBV DNA (PCR) (Xpert-HBV Viral Load)	
HBsAb		HCV RNA (PCR) (Xpert-HCV Viral Load)	
HBV Core Ag		HCV RNA VIRAL LOAD by Real Time	
HBV Core IgM		TB OR ANY (PCR) (Xpert-MTB-RIF Ultra)	
HBV Core IgG		SARS PCR	
HBV Core Ab Total		Toxoplasma gondi PCR	
HBV Envlope Ag		Prothrombin VII by PCR	
HBV Envlope Abs		Factor V Leiden PCR	
HCV Abs (ELISA)		Factor V - G 1691 Mutation by PCR	
HCV Abs Chromatography (Cassette)			
HDV Abs		HLA TYPING/GENOTYPING	
HEV Abs (Total)		HLA-B27	
HIV 1 & 2 by ELISA		JAK 2 Gene Mutation	
HIV Abs Chromatography (Cassette)		BRCA-1 & BRCA-2	
H1N1		HLA-typing for Kidney	
HPV IgG		Transplantation	
HPV IgM		HCV Genotype	
HPV Abs			



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

LAB/P/3

Request of Serology Tests

LAB/P/3

طلب فحوص الفيروسات والهرمونات

LABORATORY REQUEST		طلب فحص مخبري	
HORMONE LEVELS		وحدة الهرمونات	
THYROID ASSAY			
		Progesterone	
TSH		17-OH-Progesterone	
Free T3		Estrogen	
Total T3		Estradiol E2	
Free T4		Estradiol E3	
Total T4		B-HCG	
Thyroglobulin		Free B-HCG	
Anti-Thyroglobulin		SHBG	
TPO (Anti-Thyroid Peroxidase)		DHEA	
Anti-Thyroid Microsomal Abs		Androgen	
Anti-TSH receptor Abs (TRAB)		Anti-Mullerian Hormone AMH	
PITUITARY ASSAY			
Growth Hormone (Fasting)		Free Testosterone	
Growth Hormone (After Exercise)		ACTH	
ADH (Serum) Anti-diuretic Hormone		Synacthen Test	
Prolactin		STEROID ASSAY	
LH		Cortisol (Serum)	
FSH		Basal Free Cortisol Level	
LH/FSH Ratio		Dexamethasone Suppression Test	

Requested By:		طالب الفحوصات:	
Signature:		توقيعه:	
Date:		التاريخ:	



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

LAB/P3

Request of Serology Tests

LAB/P/3

طلب فحوص الفيروسات والهرمونات

LABORATORY REQUEST		طلب فحص مخبري	
HORMONE LEVELS		وحدة الهرمونات	
SUPRARENAL ASSAY		Glucagon	
Catecholamines		Gastrin	
Norepinephrine		TUMOR MARKERS ASSAY	
Adrenaline (Epinephrine in Plasma)		T-PSA	
Adrenaline (Epinephrine in Urine)		F-PSA	
Serum Renin		F-PSA/T-PSA Ratio	
Aldosterone		AFP (Alpha-Fetoprotein)	
Aldosterone:Renin Ratio		B2-microglobulin	
RENAL HORMONES		CEA	
Erythropoietin level		CA-125	
PARATHYROID ASSAY		CA-153	
PTH		CA-19.9	
BNP (ProBNP)		CA-72.4	
Procalcitonin		NSE	
Calcitonin		Osteocalcin	
PANCREATIC ASSAY		Pepsinogen 1 (PG1)	
Insulin		Prostatic. Acid Phosphatase	
Insulin like Growth Factor (ILGF-1)		Total. Acid Phosphatase	
Pro-insulin			

Requested By:		طالب الفحوصات:	
Signature:		توقيعه:	
Date:		التاريخ:	



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

LAB/P3

Request of Serology Tests

LAB/P/3

طلب فحوص الفيروسات والهرمونات

LABORATORY REQUEST		طلب فحص مخبري	
DRUG LEVELS		مستوى الأدوية في الدم	
IMMUNOSUPPRESSANTS		OTHER DRUGS	
Cyclosporine level		Ethanol	
Tacrolimus		Marijuana test	
Sirolimus		Cannabis Test	
Methotrexate level 24hrs		Cocaine level	
		Amphetamine level	
ANTICONVULSANTS		Metamphetamine	
Valporic Acid level		Heroin	
Carbamezipine level (Tegretol)		Tramadol level	
Clonazepam level (Rivotril)		Opiate test	
Diazepam level		Morphine test	
Phenytoin level			
Phenobarbital level		ANTIPYRETICS	
Lamotrigine Lamectal Level		Acetaminophine (Paracetamol) Level	
Levetiracetam (Keppra) Assay		Salsylate (Aspirin) Level	
ANTIARRHYTHMICS		ANTIBIOTICS	
Digoxin level		Vancomycin level	
Lithium			

Requested By:		طالب الفحوصات:	
Signature:		توقيعه:	
Date:		التاريخ:	



Request of Urinalysis

LAB/P/5

طلب فحوص البول

LABORATORY REQUEST	طلب فحص مخبري
BIOCHEMISTRY UNIT	وحدة الكيمياء الحيوية
Urine Analysis (Simple Urine Test)	Myoglobin (Urinary)
URINE Osmolality	Ketone (Spot Urine)
24 hr URINE Osmolality	Ceruloplasmin
Urine PH	Creatinine (Spot Urine)
Urine Reducing Substances	24 hr Creatinine (Urine)
Urine Pregnancy Test	Calcium Spot (Urine)
Urine RBCs Morphology	24 hr Calcium (Urine)
Glucose Spot Urine	Calcium:Creatinine Ratio Spot Urine
Protein Spot Urine	Chloride Spot (Urine)
24 hr for Protein	24 hr for Chloride (Urine)
Protein:Creatinine Ratio (PCR)	Potassium Spot Urine
Albumin Spot Urine	24 hr for Potassium (Urine)
24 hrs for Albumin	Sodium Spot (Urine)
IgG:Albumin Ratio	24 hr for Sodium (Urine)
Albumin:Creatinine Ratio (ACR)	Fractional Sodium Excretion
Microalbumin (Spot Urine)	Sodium:Creatinine Ratio
24hrs Urine for Microalbumin	Copper Spot (Urine)
Microalbumin:Creatinine Ratio	24 hr for Copper (Urine)

Requested By:	طالب الفحوصات:
Signature:	توقيعه:
Date:	التاريخ:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

LAB/P5

Request of Urinalysis

LAB/P/5

طلب فحوص البول

LABORATORY REQUEST	طلب فحص مخبري
BIOCHEMISTRY UNIT	وحدة الكيمياء الحيوية
Spot Urine Phosphorus PO4	Cortisol (Urine)
24 hr for PO4 (Urine)	24hr Urinary Cortisol
Magnesium Spot Urine	24hr Urinary Aldosterone
24 hr for Magnesium (Urine)	ADH (Urine) Anti-diuretic Hormone
Urea Spot (Urine)	Amylase in Urine (Spot Urine)
Urea 24hrs (Urine)	Amylase 24hr Urine
Urate Spot Urine	Lipase in Urine
Uric Acid Spot (Urine)	C-peptide 24hr Urine
Uric Acid 24hrs (Urine)	Metanephrine 24hrs
Uric Acid:Creatinine Ratio	Venyl-Mandelic Acid (VMA) 24hrs
24hr Urine for Specific Gravity	24hrs Urine for Catecholamines
24hr Urine for Zinc	
24hr Urine for Ammonia	
24hr Urine for 17-Ketosteroids	Urine Protein Electrophoresis
Spot Urine for Citrate	Bence-Jones Protein 24hrs Urine
Magnesium Spot Urine	
24 hr for Magnesium (Urine)	

Requested By:	طالب الفحوصات:
Signature:	توقيعه:
Date:	التاريخ:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

LAB/P7

Report of Pleural Fluid Analysis

LAB/LT/5

نموذج نتائج فحوص السائل الرئوي

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Name of the Form as in the National Guide

الرمز - CODE

اسم النموذج باللغة العربية وفقا للدليل الوطني الموحد

LABORATORY REQUEST	طلب فحص مخبري
Pleural Fluid Appearance	AFP
Cell Count	Gram's Stain
Glucose	ZN Stain
Protein	Pleural Cytology
LDH	Culture & Sensitivity
Triglycerides	
Amylase	
Adenosine Deaminase	
RBC	
PH	
OTHERS (indicate):	

Requested By:	طالب الفحوصات:
Signature:	توقيعه:
Date:	التاريخ:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

LAB/P7

Report of Pericardial Fluid Analysis

LAB/LT/5

نموذج نتائج فحوص السائل الشغافي

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Name of the Form as in the National Guide	الرمز - CODE	اسم النموذج باللغة العربية وفقا للدليل الوطني الموحد
---	--------------	--

LABORATORY REQUEST	طلب فحص مخبري
Pericardial Fluid Appearance	AFP
Cell Count	Gram's Stain
Glucose	ZN Stain
Protein	Pleural Cytology
LDH	Culture & Sensitivity
Triglycerides	
Amylase	
Adenosine Deaminase	
RBC	
PH	
OTHERS (indicate):	

Requested By:	طالب الفحوصات:
Signature:	توقيعه:
Date:	التاريخ:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

LAB/P7

Report of Ascitic Fluid Analysis

LAB/LT/5

نموذج نتائج فحوص السائل الشغافي

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Name of the Form as in the National Guide

الرمز - CODE

اسم النموذج باللغة العربية وفقا للدليل الوطني الموحد

LABORATORY REQUEST	طلب فحص مخبري
Ascitic Fluid Appearance	AFP
Cell Count	Gram's Stain
Glucose	ZN Stain
Protein	Pleural Cytology
LDH	Culture & Sensitivity
Triglycerides	Adenosine Deaminase
Ascitic fluid Cholesterol	Body fluid Creatinine
Body Fluid Lipase	Body Fluid Chloride Cl-
Amylase	Body Fluid Potassium K+
Ascitic fluid Bilirubin	Body Fluid Sodium Na+
RBC	Body Fluid CEA
PH/Bicarbonate	Body Fluid CA-125
Ascitic fluid Albumin	Body Fluid CA-153
Body Fluid Albumin Gradient	Body Fluid CA-19.9
Body Fluid Total Protein	Ascitic fluid B-HCG
Body Fluid/Serum Protein Ratio	OTHERS (INDICATE):

Requested By:	طالب الفحوصات:
Signature:	توقيعه:
Date:	التاريخ:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

LAB/P7

Report of Synovial Fluid Analysis

LAB/LT/5

نموذج نتائج فحوص السائل الشغافي

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Name of the Form as in the National Guide

الرمز - CODE

اسم النموذج باللغة العربية وفقا للدليل الوطني الموحد

LABORATORY REQUEST	طلب فحص مخبري
Synovial Fluid Appearance	AFP
Cell Count	Gram's Stain
Glucose	ZN Stain
Protein	Pleural Cytology
LDH	Culture & Sensitivity
Triglycerides	
Amylase	
Adenosine Deaminase	
RBC	
PH	
OTHERS (indicate):	

Requested By:	طالب الفحوصات:
Signature:	توقيعه:
Date:	التاريخ:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

LAB/P7

Report of CSF Fluid Analysis

LAB/LT/5

نموذج نتائج فحوص السائل الشغافي

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Name of the Form as in the National Guide	الرمز - CODE	اسم النموذج باللغة العربية وفقا للدليل الوطني الموحد
---	--------------	--

LABORATORY REQUEST	طلب فحص مخبري
CSF Fluid Appearance	AFP
Cell Count	Gram's Stain
Glucose	ZN Stain
Protein	Pleural Cytology
LDH	Culture & Sensitivity
Triglycerides	
Amylase	Body Fluid CEA
Adenosine Deaminase	Body Fluid CA-125
RBC	Body Fluid CA-153
PH	Body Fluid CA-19.9
OTHERS (indicate):	Ascitic fluid B-HCG
	CSF B-HCG
	Body Fluid B-HCG

Requested By:	طالب الفحوصات:
Signature:	توقيعه:
Date:	التاريخ:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

LAB/P8

Request of Microbiology Tests

LAB/P/8

طلب فحص ميكروبيولوجي

LABORATORY REQUEST		طلب فحص مخبري	
STAINS		Blood Culture & Sensitivity	
Gram Stain		Blood C/S (Bottle from Patient)	
ZN Stain		Blood C/S by BACT (Child)	
AFB Stain		Blood C/S by BACT+VITEK	
24hr Urine AFB		CSF Culture & Sensitivity	
Body Fluid AFB		CSF C/S by VITEK	
Pus for AFB		Tip of EVD (Shunt CSF) C/S	
Sputum for AFB		Shunt tube (CSF) C/S by VITEK	
Albert's Stain		Ear swab C/S	
Skin scraping for fungus (KOH)		Ear swab C/S by VITEK	
Skin scraping for Leishmania		Eye swab C/S	
CULTURE & SENSITIVITY		Eye Swab C/S by VITEK	
Skin Culture & Sensitivity		Nose Swab C/S	
Nile for fungal C/S by VITEK		Nose Swab C/S by VITEK	
Mouth swab for fungal C/S		Pharyngeal Swab for C/S	
Mouth for C/S by VITEK		Pharyngeal Swab for C/S by VITEK	
Tongue Swab for C/S		Throat swab C/S (Pharyngeal)	
Tongue Swab for C/S by VITEK		Throat Swab C/S by VITEK	

Requested By:		طالب الفحوصات:	
Signature:		توقيعه:	
Date:		التاريخ:	



Request of Microbiology Tests

LAB/P/8

طلب فحص ميكروبيولوجي

LABORATORY REQUEST	طلب فحص مخبري
Sputum Culture & Sensitivity	Synovial Culture & Sensitivity
Sputum Swab C/S by VITEK	Synovial C/S by VITEK
Trachial tube Sample for C/S	Vaginal swab C/S
Trachial tube Sample for C/S by VITEK	Vaginal Swab C/S by VITEK
Pleural fluid C/S	Cervical Swab for C/S
Pleural C/S by VITEK	Cervical Swab for C/S by VITEK
Precardial fluid for C/S	Breast discharge/Milk Secretion for C/S
Precardial fluid for C/S by VITEK	Breast/Milk Secretion for C/S by VITEK
Seminal Culture & Sensitivity	Abdominal Fluid for C/S
Seminal Culture by VITEK	Abdominal Fluid for C/S by VITEK
Prostatic fluid for C/S	Ascitic fluid C/S
Prostatic fluid for C/S by VITEK	Ascitic C/S by VITEK
Urethral Discharge C/S	Abcess C/S
Urethral Discharge C/S by VITEK	Abcess C/S by VITEK
Urine Culture & Sensitivity	Wound swab C/S
Urine C/S by VITEK2	Pus (tissue/wound) swab C/S
Stool Culture & Sensitivity	Pus (tissue/wound) Swab C/S by VITEK
Stool C/S by VITEK	Pus Fluid C/S
Body Fluid for C/S	Pus For C/S by VITEK
Body Fluid for C/S by VITEK	C/S for fungal
HVS for C/S	Fungi Culture by VITEK
HVS for C/S by VITEK	OTHERS (INDICATE):

التصميم خلف الصفحة السابقة



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

LAB/P8

Request of Microbiology Tests

LAB/P/8

طلب فحص ميكروبيولوجي

BONE MARROW BIOPSY REQUEST FORM	
<input type="checkbox"/> Routine <input type="checkbox"/> Pre- operative <input type="checkbox"/> Emergency	
Doctor' Name:	
Clinical Date:	
Previous History:	
Provisional Diagnosis:	
What to rule out:	
Treatment notes:	
Signature:	
Date:	
<i>Note: A CBC sample should accompany the bone marrow</i>	
le	



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

LABPS

REPORTS OF LAB INVEST FORMS

نماذج تقارير الفحوصات



الجمهورية اليمنية

الملف الطبي الموحّد

نماذج تقارير الفحوصات



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

LAB/LT/1

Report of Hematology Tests

LAB/LT/1

نموذج نتائج فحوص الدم العام

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Name of the Form as in the National Guide

الرمز - CODE

اسم النموذج باللغة العربية وفقا للدليل الوطني الموحد

TEST	REFERENCE VALUES	RESULTS النتيجة	الفحص
Hb	M: 13-18 g/dL F: 11.5-16.5 g/dL		الصبغة الدموية
PCV	M: 40-54% F: 37-47%		
TOTAL WBC	4-10 *10 ⁹ /L		اجمالي عدد الخلايا البيضاء
NEUTROPHIL	40-70%		عدد خلايا الدم المتعادلة
LYMPHOCYTE	20-45%		عدد خلايا الدم الليمفاوية
MONOCYTE	2-10%		عدد خلايا الدم الاحادية
EOSINOPHIL	0-6%		عدد خلايا الدم الايزينوفيلية
BASOPHILS	0.7%		
PLATELETS	150-450*10 ⁹ /L		عدد الصفائح الدموية
RBC count	M: 4.5-6.5 *10 ¹² /L F: 3.8-4.8 *10 ¹² /L		عدد خلايا الدم الحمراء
MCV	76-96 femto Ls		متوسط حجم الخلايا الحمراء
MCH	27-32 pg		متوسط صبغة الخلايا الحمراء
MCHC	30-35 g/Dl		متوسط تركيز صبغة الخلايا الحمراء
RDW	11.5-14.5%		
RBCs	Description		
WBCs	Description		
PLATELETS	Description		
ESR 1 hr	Upto 10mm/hr		
DONE BY:	SIGNATURE:	TIME:	DATE:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

LAB/LT/2

Report of Biochemistry Tests

LAB/LT/2

نموذج نتائج فحوص الكيمياء

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Name of the Form as in the National Guide

الرمز - CODE

اسم النموذج باللغة العربية وفقا للدليل الوطني الموحد

TEST	REFERENCE VALUES	RESULTS	الفحص
FBS	3.05-6.38 mmol/L		
RBS	Normal: 65-140 mg/dL PreDM: 140-199 mg/dL DM: > 200 mg/dL		
PPBS			
Hb A1C (Copas C311)	Normal: <5.5 PreDM: 5.5-6.5 DM: >6.5 Target: 7%		
Hb A1C Cassette			
Oral Glucose Toleranse Test (OGTT)			
Insulin Resistance (HOMAIR)			
Insulin Tolerance Test			
Serum Ketones			
ACE (Angiotensin Converting Enzymes)			
DONE BY:	SIGNATURE:	TIME:	DATE:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

LAB/LT/2

Report of Biochemistry Tests

LAB/LT/2

نموذج نتائج فحوص الكيمياء

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Name of the Form as in the National Guide

الرمز - CODE

اسم النموذج باللغة العربية وفقا للدليل الوطني الموحد

TEST	REFERENCE VALUES	RESULTS النتيجة	الفحص
Sodium (Na)			
Potassium (K)			
Total Calcium (Ca)			
Ionized Calcium			
Phosphorus (PO) Inorganic			
Calcium:Phosphorus Ratio			
Magnesium (Mg)			
Chloride (Cl)			
Serum Copper	70-140 mg/dL		
Zinc	46-150 mg/dL		
DONE BY:	SIGNATURE:	TIME:	DATE:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

LAB/LT/2

Report of Biochemistry Tests

LAB/LT/2

نموذج نتائج فحوص الكيمياء

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Name of the Form as in the National Guide

الرمز - CODE

اسم النموذج باللغة العربية وفقا للدليل الوطني الموحد

TEST	REFERENCE VALUES	RESULTS	الفحص
AST (SGOT)	Upto 42 U/L		
ALT (SGPT)	M: 10-50 U/L F: 10-35 U/L		
GGT (Gamma-GT)	<64 U/L		
Alkaline Phosphatase (ALP)	Adult: 40-129 U/L Child (1-12y): Upto 750 Infant: 180-1200 U/L		
Serum Bone ALP			
Total Bilirubin	Upto 17 Umol/L Upto 1.1 mg/dL		
Direct Bilirubin	Upto 7 Umol/L Upto 0.25 mg/dL		
Albumin			
Total Protein			
Globulin			
Albumin:Globulin Ratio			
Alpha 2 Microglobulin			
Haptoglobin			
HOMA-B			
HOMA-IR			
Fructosamine			
DONE BY:	SIGNATURE:	TIME:	DATE:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

LAB/LT/4

Report of Histopathology Tests

LAB/LT/4

نموذج نتائج فحوص الأنسجة

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Name of the Form as in the National Guide

الرمز - CODE

اسم النموذج باللغة العربية وفقا للدليل الوطني الموحد

Specimen:

العينة:

Type:	النوع:
Site:	الموضع الذي أخذت منه:
Serial No: Slide No:	الرقم التسلسلي: رقم الشريحة:

Gross:

الوصف بالعين:

.....
.....
.....

Microscopically:

مجهريا:

.....
.....
.....

Diagnosis:

التشخيص:

.....
-------	-------

DONE BY:

SIGNATURE:

TIME:

DATE:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

LAB/LT/5

Report of Urinalysis

LAB/LT/5

نموذج نتائج فحوص البول

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Name of the Form as in the National Guide

الرمز - CODE

اسم النموذج باللغة العربية وفقا للدليل الوطني الموحد

TEST	REFERENCE VALUES	RESULTS النتيجة	الفحص
Appearance			
Color			
PH			
Blood			
Protein			
Glucose			
Acetone			
Bilirubin			
Urobilinogen			
Nitrite			
RBC			
Pus Cells (WBC)			
Epithelial Cells			
Specific Gravity			
Urine Osmolality			
Urine Reducing Substances			
Urine Pregnancy Test			
DONE BY:	SIGNATURE:	TIME:	DATE:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

LAB/LT/8

Report of Stool Analysis

LAB/LT/7

نموذج نتائج فحوص البراز

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Name of the Form as in the National Guide	الرمز - CODE	اسم النموذج باللغة العربية وفقا للدليل الوطني الموحد
---	--------------	--

TEST	REFERENCE VALUES	RESULTS النتيجة	الفحص
Consistency	Well Formed		
Color	Brown		
Pus Cells (WBC)	Absent		
Mucus	Absent		
Blood (RBCs)	Absent		
Occult Blood			
Parasites/Ova	None		
Fecal Reducing Substances			
Fecal Sodium			
Fecal Potassium			
Fecal Chloride			
Calprotectin Cobas (Quantitative) In Stool			
Stool Osmolality			
Stool PH			
DONE BY:	SIGNATURE:	TIME:	DATE:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

LAB/LT/8

Report of Pleural Fluid Analysis

LAB/LT/5

نموذج نتائج فحوص السائل الشغافي

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Name of the Form as in the National Guide

الرمز - CODE

اسم النموذج باللغة العربية وفقا للدليل الوطني الموحد

TEST	REFERENCE VALUES	RESULTS النتيجة	الفحص
Appearance			
Pleural fluid Analysis (protein, sugar, cell count)			
Cell Count			
Protein			
Glucose			
Full Pleural fluid Analysis (biochemistry & Cells: LDH, Triglycerides, Amylase, Protein, Glucose, Cell count)			
LDH			
Triglycerides			
Amylase			
Adenosine Deaminase			
RBC			
PH			
OTHERS: indicate:			
AFP			
Gram's Stain			
ZN Stain			
Pleural Cytology			
Culture & Sensitivity			
DONE BY:	SIGNATURE:	TIME:	DATE:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

LAB/LT/8

Report of Pericardial Fluid Analysis

LAB/LT/5

نموذج نتائج فحوص السائل الشغافي

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Name of the Form as in the National Guide

الرمز - CODE

اسم النموذج باللغة العربية وفقا للدليل الوطني الموحد

TEST	REFERENCE VALUES	RESULTS النتيجة	الفحص
Appearance			
Pericardial fluid Analysis (protein, sugar, cell count)			
Cell Count			
Protein			
Glucose			
Full Pericardial fluid Analysis (biochemistry & Cells: LDH, Trigl, Amylase, Protein, Glucose, Cell count)			
LDH			
Triglycerides			
Amylase			
Adenosine Deaminase			
RBC			
PH			
OTHERS: indicate:			
AFP			
Gram's Stain			
ZN Stain			
Pericardial Cytology			
Culture & Sensitivity			
DONE BY:	SIGNATURE:	TIME:	DATE:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

LAB/LT/8

Report of Ascitic Fluid Analysis

LAB/LT/5

نموذج نتائج فحوص السائل الشغافي

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Name of the Form as in the National Guide

الرمز - CODE

اسم النموذج باللغة العربية وفقا للدليل الوطني الموحد

TEST	REFERENCE VALUES	RESULTS النتيجة	الفحص
Appearance			
Ascitic fluid Analysis (protein, sugar, cell count)			
Cell Count			
Protein			
Glucose			
Full Ascitic fluid Analysis (biochemistry & Cells: LDH, Triglycerides, Amylase, Protein, Glucose, Cell count)			
LDH			
Triglycerides			
Amylase			
Adenosine Deaminase			
RBC			
PH			
OTHERS: indicate:			
AFP			
Gram's Stain			
ZN Stain			
Ascitic Cytology			
Culture & Sensitivity			
DONE BY:	SIGNATURE:	TIME:	DATE:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

LAB/LT/8

Report of Synovial Fluid Analysis

LAB/LT/5

نموذج نتائج فحوص السائل الشغافي

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Name of the Form as in the National Guide

الرمز - CODE

اسم النموذج باللغة العربية وفقا للدليل الوطني الموحد

TEST	REFERENCE VALUES	RESULTS النتيجة	الفحص
Appearance			
Synovial fluid Analysis (protein, sugar, cell count)			
Cell Count			
Protein			
Glucose			
Full Synovial fluid Analysis (biochemistry & Cells: LDH, Trigl, Amylase, Protein, Glucose, Cell count)			
LDH			
Triglycerides			
Amylase			
Adenosine Deaminase			
RBC			
PH			
OTHERS: indicate:			
AFP			
Gram's Stain			
ZN Stain			
Synovial Cytology			
Culture & Sensitivity			
DONE BY:	SIGNATURE:	TIME:	DATE:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

LAB/LT/8

Report of CSF Fluid Analysis

LAB/LT/5

نموذج نتائج فحوص السائل الشغافي

File Number:	اسم المريض:	شعار المستشفى	Ward:	القسم:
Name:	رقم الملف:		Unit:	الوحدة:
Age:	العمر:		Room No.:	رقم الغرفة:
Gender:	الجنس:		DOA:	تاريخ الرقود:
Diagnosis:	التشخيص:		ID No.:	الرقم الوطني:

Name of the Form as in the National Guide الرمز - CODE اسم النموذج باللغة العربية وفقا للدليل الوطني الموحد

TEST	REFERENCE VALUES	RESULTS النتيجة	الفحص
Appearance			
CSF fluid Analysis (protein, sugar, cell count)			
Cell Count			
Protein			
Glucose			
Full CSF fluid Analysis (biochemistry & Cells: LDH, Trigl, Amylase, Protein, Glucose, Cell count)			
LDH			
Triglycerides			
Amylase			
Adenosine Deaminase			
RBC			
PH			
OTHERS: indicate:			
AFP			
Gram's Stain			
ZN Stain			
CSF Cytology			
Culture & Sensitivity			
DONE BY:	SIGNATURE:	TIME:	DATE:



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

INDEX

RADIOLOGY FILE

6

ملف الأشعة



الجمهورية اليمنية

الملف الطبي الموحّد

نماذج قسم الأشعة



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

RAD/P/3

Request of Ultrasound Testing

RAD/P/3

طلب فحص الأشعة التلفزيونية

U/S REQUEST		طلب فحص الأشعة التلفزيونية	
Patient's History:		القصة المرضية للمريض:	
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
Abdomen & Pelvic U/S		أشعة الموجات الصوتية للبطن والحوض	
Pregnancy U/S		أشعة الموجات الصوتية للحمل	
4D Prenatal U/S		تلفزيون للحمل ثلاثي ورباعي الابعاد	
Scrotal/Testicular U/S		أشعة الموجات الصوتية للخصيتين	
Breast U/S		أشعة الموجات الصوتية للثدي الواحد	
Intravaginal U/S		أشعة الموجات الصوتية عبر المهبل	
Perianal U/S		أشعة الموجات الصوتية عبر العجان	
Intrarectal U/S		أشعة الموجات الصوتية عبر المستقيم	
Eye U/S		أشعة الموجات الصوتية للعين	
Orbit U/S		أشعة الموجات الصوتية للعين	
Head U/S		أشعة الموجات الصوتية تلفزيونية للرأس	

Requested By:		طالب الفحوصات:	
Signature:		توقيعه:	
Date:		التاريخ:	



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان
البرنامج الوطني لمعايير جودة الرعاية الصحية
واعتماد المستشفيات
أحسن

RAD/P/3

Request of Ultrasound Testing

RAD/P/3

طلب فحص الأشعة التلفزيونية

U/S REQUEST	طلب فحص الأشعة التلفزيونية
Salivary U/S	أشعة الموجات الصوتية للغدة اللعابية
Thyroid U/S	أشعة الموجات الصوتية للغدة الدرقية
Neck U/S	أشعة الموجات الصوتية لتلفزيونية للرقبة
Chest U/S	أشعة الموجات الصوتية للصدر
Upper Limb Soft tissues U/S	تلفزيون للأنسجة الضامة بالاطراف العلوية
Lower Limb Soft tissues U/S	تلفزيون للأنسجة الضامة بالاطراف السفلية
Shoulder joint U/S	أشعة الموجات الصوتية لمفصل الكتف
Elbow joint U/S	أشعة الموجات الصوتية لمفصل المرفق
Wrist Joint U/S	أشعة الموجات الصوتية لمفصل الرسغ
Hip joint U/S	أشعة الموجات الصوتية لمفصل الورك
Knee U/S	أشعة الموجات الصوتية للركبة
U/S Guided Biopsy (CORE Needle)	أشعة الموجات الصوتية لأخذ عينة
U/S Guided Biopsy FNAC	أشعة الموجات الصوتية لأخذ عينة بالابر
U/S Guided Ascitic fluid FNA	أشعة الموجات الصوتية لأخذ عينة من سائل البطن
U/S Guided Empyema Drainage	أشعة الموجات الصوتية لنزح سائل قيحي
U/S Guided Cath Insertion	تركيب قسطرة للكلى تحت جهاز الـ U/S
U/S Guided Biliary T Cath Insertion	تركيب قسطرة للقنوات المرارية تحت جهاز الـ U/S
Pigtail Catheter U/S	تركيب قسطرة تحت جهاز الـ U/S

Requested By:	طالب الفحوصات:
Signature:	توقيعه:
Date:	التاريخ:



Request of CT Angiography Scan Testing

RAD/P/10

طلب فحص الأشعة المقطعية بالصبغة

إقرار موافقة على عمل الفحوصات
بالصبغة

اسم المريض الرقم الطبي التاريخ : / /
العنوان السن النوع () ذكر () انثى
الوزن كجم نسبة وظائف الكلى نسبة اليوريا
شكوى المريض

.....
.....
.....
المطلوب: ..

.....
.....
.....

الصبغات المستخدمة (الفم الوريد الشرج داخل المفصل)

لا	نعم	أسئلة يجب عنها المريض:
		هل يوجد تاريخ مرضى لازمات ربو او حساسية صدرية ؟
		هل يوجد حساسية لاي نوع من الادوية والعقاقير او الاطعمة التي تحتوي على اليود مثل اطعمة البحر ؟
		هل يوجد تاريخ سابق لاعطاء المريض اي نوع من انواع الصبغات لفحص ما ؟
		بالنسبة للسيدات .. هل يوجد حمل او رضاعة ؟
		هل يعاني المريض من اي امراض فى القلب - الكليتين - الغدة الدرقية - مرض السكر- ارتفاع ضغط الدم- فشل كبدى - فيروسات كبدية - الايدز او انيميا خلايا الدم المنجلية ؟
		أوافق على عمل الأشعة وماتستلزمه من صبغات وتخدير وقد تم شرح اجراءات الفحص وماقد ينتج عنه من مضاعفات
	

اسم المريض : اسم طبيب الأشعة :
توقيع المريض : توقيع الطبيب :
رقم البطاقة : التاريخ : / / الوقت :



Request of Mamography Testing

RAD/P/13

طلب فحص الأشعة السينية للثدي

MAMMOGRAHY REQUEST & REPORT FORM

DATE OF REQUEST: ___/___/___ REFERRING DEPT/CLINIC: _____ ATTENDING CONSULTANT: _____

TYPE OF REQUEST: Routine Emergency Portable

ALLERGIES: Unknown Yes (Specify):

INFECTIOUS DISEASE: Yes No

LAB Result: Creatinine: _____ BUN

TRANSPORT: Wheelchair Trolley Walking

L.M.P: ___/___/___ Pregnant: Yes No

Clinical Indications for Exam:

DIAGNOSIS

Screening Mammogram Diagnostic Mammogram : Bilateral Right Left

Please mark indication for diagnostic study:

Palpable lump(s). Indicate location(s) below.

Recent Surgical or needle biopsy

Palpable breast thickening. Indicate location(s) below.

Previous Surgery showing benign breast disease

Nipple discharge

Pre-Surgical Imaging

Breast Pain; focal of diffuse. Indicate location(s) below.

Pre-Radiation Therapy

Breast Implants

Known Breast CA; Pre-treatment Imaging

Personal History of Breast Cancer

Nipple discharge

Follow-up of previous mammographic or sonographic abnormality

Others

Palpable breast thickening. Indicate location(s) below.

Breast Ultrasound

Procedure: Cyst Aspiration Core needle biopsy Galactogram (Ductogram)

Needle-wire localization Please Schedule Procedure if Necessary

Consultation to evaluate:

Please do Additional Imaging if Necessary:

Exam and Pertinent Information:

Date of Last Breast Exam:

Normal Abnormal

Requesting Physician Name: _____

Signature: _____ Date: ___/___/___

