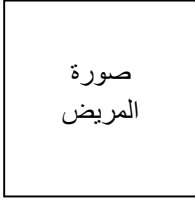


١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧ ٨ ٩ ١٠ ١١ ١٢ ١٣ ١٤

المجلس الطبي المتخصص بمحافظة : رقم الملف :  
مستشفى : رقم وتاريخ آخر قرار وزاري :



### طلب علاج أو مرة / متردد

صورة  
المريض

إسم المريض رباعياً :  
العنوان : محافظة : الحى / المدينة : العنوان :  
رقم البطاقة : تاريخ وجهة الإصدار :  
العمر / تاريخ الميلاد : المهنة : ( يعمل - لا يعمل )

ختم

### إقرار

أقر أنا الموقع أدناه أنني لا أتمتع بأي نظام علاجى مثل التأمين الصحى - القوات المسلحة - الشرطة - الهيئات - المؤسسات أو أى نظام يتعارض مع نظام العلاج على نفقة الدولة . وسوف أتحمّل كافة نفقات العلاج في حالة ثبوت غير ذلك . هذا إقرار منى بذلك المقر بما فيه التوقيع : ( ) التوقيع : ( )

التشخيص الإكلينيكي :  
نتائج الأبحاث :  
التشخيص النهائي :  
خطة العلاج :  
قرار جلسة : / / ( قرار وزارى ) : بالعلاج بم : لمدة : بنفقات :

### تقرير اللجنة الثلاثية المتخصصة :

الاسم : الوظيفة :  
الاسم : الوظيفة :  
الاسم : الوظيفة :  
أطلعت اللجنة على لائحة العلاج الخاصة بالمجلس وتلتزم جهة العلاج بلائحة المجالس الطبية

ختم

تعتمد صحة البيانات المرفقة  
رئيس اللجنة " مدير المستشفى

### أعضاء اللجنة :

أ. د. / د. أ. د. / د. أ. د. / د.

### قرار اللجنة

" خاص بالمجلس الطبي المتخصص  
أو الإدارة العامة للمجالس الطبية "

التشخيص النهائي :  
خطة العلاج : الإجراء :  
المستشفى : قسم : ( خ - د - خ+د )  
مدة العلاج : النفقات :  
ملاحظات :  
بند ٢ :

مدير عام

ختم

مدير عام

رئيس

الإدارة العامة للمجالس الطبية

شعار الجمهورية

مديرية الشؤون الصحية

المجلس الطبي المتخصص