

٢٠١٥/ مجموع الاسرى المحررين المتقدمين لبرنامج الارشاد ومهام اخرى قام بها المرشدون والمرشدات في المديريات

تشبيك مع مؤسسات اخرى	زيارات منزليه	اسرى محولين لمؤسسات اخرى	اسيرات محررات	اطفال محررين	اسرى محررين	مديرية	الرقم
						القدس	1
0	0	0	1	200	113	الخليل	2
4	5	4	1	0	46	بيت لحم	3
						أريحا	4
0	0	2	0	0	129	رام الله	5
0	0	0	0	0	36	سلفيت	6
0	0	0	0	0	54	طولكرم	7
1	0	0	0	84	78	قلقيلية	8
6	0	4	1	10	120	تابلس	9
0	0	0	0	0	22	طوباس	10
0	0	0	2	6	67	جنين	11

مجموع الاسرى المحررين المتقدمين للارشاد في المديريات (٢٠١٥/)



State of Palestine

دولة فلسطين

وزارة الصحة

استمارة الإحالة

Referral Form

Referred by:		اسم المؤسسة:	
Date :	التاريخ :	Position:	الوظيفة:
Referred by:		اسم المحول:	
Fax No :	رقم الفاكس :	Tel No :	رقم هاتف المؤسسة :
		<input type="checkbox"/> لا No	
		<input type="checkbox"/> نعم Yes	
		هل أجريت ترتيبات عبر الهاتف:	
		Coordination by phone	
		المؤسسة المحول إليها:	
		الاسم والعنوان:	
		Referred agency: Name and Address:	
		اسم المنتفع:	
		Client Name:	
Sex: الجنس:		العمر:	
<input type="checkbox"/> : F <input type="checkbox"/> : M		Age:	
		رقم الهوية:	
		ID Number:	
		عنوان المنتفع:	
		Client Address:	
		سبب التحويل:	
		Reasons for Referral :	
		تاريخ المشكلة:	
		Complaint History:	
		التاريخ الشخصي:	
		Personal History:	
		التقييم الأولي:	
		Initial Evaluation:	
		التدخلات المقدمة:	
		Provided Intervention:	
		الوثائق المرفقة للإحالة:	
		Attached Documents:	
Date :	التاريخ :	Signature :	التوقيع :
		Name:	الاسم :
		موافقة ولي الأمر: (الأطفال لغاية 18 سنة)	
		Parents approval for (chil- dren till 18 years old).	
Date :	التاريخ :	Signature :	التوقيع :
		Name:	الاسم :
		اسم المحول :	
		Referring person name:	



State of Palestine

دولة فلسطين

وزارة الصحة

استمارة إعادة الإحالة

Feedback Referral

Fax : رقم الفاكس: Tel : رقم الهاتف:		Agency Name : اسم المؤسسة:	
Date : التاريخ: Name : الاسم:		الإيجابية من: (الشخص الذي يملأ الاستمارة): Reply from (person completing form)	
Specialty : الاختصاص: Position : الوظيفة:		إلى المؤسسة المحولة: (أدخل الاسم والعنوان) To Referring Facility (enter name and address)	
Sex : الجنس: <input type="checkbox"/> F: أ: <input type="checkbox"/> M: ذ: Age: العمر:		إسم المنتفع Client Name رقم الهوية ID Number عنوان المنتفع: Client Address	
Date : بتاريخ:		لقد تمت رؤية المنتفع هنا من قبل: الاسم والاختصاص This Client was seen by: (give name and specialty) تاريخ حالة المنتفع: Client History	
		التقييم: Evaluation	
		التشخيص Diagnosis	
		التدخلات: Interventions:	
		الدواء الموصوف: Medication Prescribed:	
		الرجاء المتابعة مع: (الوصفات الطبية، المتابعات، الرعاية) Please continue with : (meds, Rx, follow-up ,care)	
Date : بتاريخ:		اعد الإحالة إلى: Refer Back to:	
Date : التاريخ: Signature : التوقيع: Name : الاسم:		اكتب الاسم ووقع وضع التاريخ: Name,signature and date:	

