|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **الإدارة:** الإدارة العامة لشؤون الأسرة**الدائرة:** رعاية المسنين | **رمز النموذج:** | SS-13000-Temp02-v01 |
| **تابع لإجراء عمل معياري رقم:** | SS-13000-13-V-01 |
| **تابع لإجراء عمل معياري بإسم:** | إجراءات تقديم الخدمة في المراكز الإيوائية للمسنين |

**نموذج قياس العلامات الحيوية V/S لمسن في مركز إيوائي للرعاية**

|  |
| --- |
| **الاسم الرباعي للمسن/ة:**  |
| **رقم الهوية: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]**  |
| **نوع المرض:**  |
| **الدواء:**  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **الوزن** | **السكري** | **ضغط الدم** | **التاريخ** | **ملاحظة** |
| **ي** | **ش** | **س** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| اسم المرشد/ة | التاريخ | التوقيع |
|  |  يوم شهر سنة [ ] [ ]  [ ] [ ]  [ ] [ ] [ ] [ ]  |  |