|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **الإدارة:** الإدارة العامة لشؤون الأسرة  **الدائرة:** رعاية المسنين | **رمز النموذج:** | SS-13000-Temp06-v01 |
| **تابع لإجراء عمل معياري رقم:** | SS-13000-13-V-01 |
| **تابع لإجراء عمل معياري بإسم:** | إجراءات تقديم الخدمة في المراكز الإيوائية للمسنين |

**نموذج بيانات شخصية حول المسن**

**القسم الأول: معلومات عامة وتفصيلية عن المسن/ة (النزيل/ة)**

|  |
| --- |
| **تاريخ الدخول:** |

**تفاصيل عن المسن/ة (النزيل/ة)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الاسم الرباعي:** | **رقم الهوية:** | | | | |
| **تاريخ الميلاد: يوم شهر سنة** | **الحالة المدنية:** | **أعزب** |  | **متزوج** |  |
|  | **مطلق** |  | **أرمل** |  |
| **التجمع السكني:** | **رقم واسم الشارع:** | | | | |
| **رمز الحي:** | **بالقرب من:** | | | | |
| **الهاتف:** | **المحمول:** | | | | |

**تفاصيل عن أسرة المسن/ة (النزيل/ة)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ملاحظة** | **الحالة الاجتماعية** | **المستوى التعليمي** | **المهنة** | **العمر** | **دوره/ها في الأسرة** | **صلة القرابة** | **الاسم** | **#** |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 1. |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 2. |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 3. |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 4. |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 5. |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 6. |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 7. |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 8. |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 9. |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 10. |

**تفاصيل عن حالة المسن/ة (النزيل/ة)**

|  |
| --- |
| **الوضع الصحي للمسن/ة:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| **الوضع الصحي لوالدي المسن/ة (لمعرفة وجود أمراض وراثية أو ما شابه ذلك)**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **العادات الشخصية للمسن/ة:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | هل يستطيع/تستطيع الذهاب إلى الحمام بمفرده/ها؟ | نعم |  | لا |  | | هل يقوم/تقوم بالاستحمام بمفرده/ها؟ | نعم |  | لا |  | | هل يقوم/تقوم بقص أظافره/ها بنفسه/ها؟ | نعم |  | لا |  | |

|  |
| --- |
| **النظام الغذائي اليومي للمسن/ة؟ (وجبة عادية، مطحون، مهروس، أغذية ممنوعة، أغذية يجب التركيز عليها ...إلخ)**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |
| --- |
| **معلومات إضافية عن المسن/ة: (أمور يرغب/ترغب المسن/ة بإضافته، أمور مهمة في العلاج، التعامل الاجتماعي والنفسي ...إلخ)**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**تقييم المرشد**

|  |
| --- |
| **تقييم المرشد/ة:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **اسم مرشد/ة** | **تاريخ التوقيع** | **التوقيع** |
|  | يوم شهر سنة |  |

**القسم الثاني: تعهد شخصي لنزيل مركز إيوائي للمسنين**

التاريخ:

*اليوم:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

أنا الموقع/ة اسمي أدناه النزيل/ة \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ حامل/ة هوية رقم  *والمقيم/ة في* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_، أوافق على الإقامة في بيت المسنين \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *محافظة* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_، وأتعهد باحترام الأنظمة والقوانين المعمول بها داخل المركز، واحترام النزلاء والعاملين في المركز، والمحافظة على ممتلكات المركز.

|  |  |
| --- | --- |
| اسم النزيل/ة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | توقيعه/ها: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| اسم مرشد/ة المسنين: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | توقيعه/ها: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| اسم مدير/ة المركز: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | توقيعه/ه: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | ختم المركز: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**القسم الثالث: نموذج تعهد ممثل لنزيل مركز إيوائي للمسنين**

التاريخ:

*اليوم:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

أنا الموقع/ة اسمي أدناه \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ حامل/ة هوية رقم  *والمقيم/ة في* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_، والممثل للمسن/ة واسمه/ها \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ حامل/ة هوية رقم  *والمقيم/ة في* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_، بحكم: الوكالة *، الوصاية ، الولاية، القرابة ، أو بحكم سلطة الضبطية القانونية،*

أوافق على إقامة المسن/ة المذكور/ة في بيت المسنين \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *محافظة* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_، وأتعهد بالنيابة عنه/ها باحترام الأنظمة والقوانين المعمول بها داخل المركز، واحترام النزلاء والعاملين في المركز، والمحافظة على ممتلكات المركز. وأن أقوم بالمتابعة مع المؤسسة في الزيارات المستمرة للمسن/ة وأتعهد بأن أقوم بأخذه/ا إلى البيت في الأعياد والمناسبات. كما وأتعهد بأنني سأقوم باستلام المسن/ة المدعو/ة \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ حامل/ة هوية رقم  *من مركز* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ في حال عدم تأقلمه/ا في المؤسسة خلال فترة مدتها شهرين من تاريخ دخوله كتجربة. وفي حال دخول المسن/ة إلى المستشفى؛ أتعهد بأن أقوم بمرافقته/ا لحين خروجه/ا.

|  |  |
| --- | --- |
| اسم الممثل/ة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | توقيعه/ها: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| اسم مرشد/ة المسنين: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | توقيعه/ها: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| اسم مدير/ة المركز: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | توقيعه/ها: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | ختم المركز: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**القسم الرابع: الوثائق والفحوصات الواجبة لدخول مركز الإيوائي لرعاية المسن/ة**

**الوثائق المطلوبة لدخول المسن/ة لمركز الإيوائي لرعاية المسن/ة**

|  |  |
| --- | --- |
| تقرير زيارة ميدانية بهدف تحويل المسن إلى مركز إيوائي لرعاية المسنين من المديرية المحولة يتضمن سبب التحويل. |  |
| صورة عن الهوية الشخصية للمسن. |  |
| صورة عن التأمين الصحي للمسن. |  |
| نموذج تعهد دخول المسن. |  |
| تقرير طبي شامل عن حالة المسن مصادق عليه من وزارة الصحة. |  |

**الفحوصات الواجب توفرها في التقرير الطبي للمسن الذي ينوي دخول المركز**

|  |  |
| --- | --- |
| فحص CBC |  |
| فحص فصيلة الدم |  |
| فحص HB التهاب الكبد الفيروسي |  |
| فحص إيدز HIV |  |
| فحص السكري FBS |  |
| فحص الكبد KFT |  |
| فحص GOT/GPT |  |
| صور أشعة في حال كان المريض يعاني من كسر في منطقة معينة |  |
| تقرير طبي من الطبيب المختص والمشرف على المريض يشمل التاريخ المرضي للمسن/ة ونوع الدواء الذي يتناوله المسن/ة وعدد الجرعات الواجب أخذها |  |
| تقرير مفصل عن أي عملية أجريت للمسن في السابق |  |

**القسم الخامس: حقوق وواجبات المسن/ة**

**حقوق المسنين:**

* الحق في الإحساس بالأمان والطمأنينة والاستقرار دون تعرضه للابتزاز أو التهديد أو الاستغلال.
* الحق في الرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية والقانونية.
* الحق في الاطلاع على الأنظمة الداخلية والتعليمات ومعرفة الأنشطة والخدمات.
* الحق في السؤال أو الاستفسار أو الشكوى عن أمور تتعلق به دون خوف أو تردد أو قمع .
* الحق في التعبير عن المشاعر وممارسة النشاطات والهوايات واحترام الشعائر الدينية (كل حسب ديانته).
* الحق في تناول الغذاء الصحي المتوازن بما يتلاءم مع رغباته ووضعه الصحي.
* الحق في العناية الشخصية والاهتمام بالمظهر العام.
* الحق في احترام خصوصيته والاحتفاظ بأغراضه الشخصية وممتلكاته المنقولة ( وفق القوائم المسموح بها ).
* الحق في الاحتفاظ بماله الخاص في عهدة مسؤول الشؤون المالية في الدار واذا رغب أن يظل ماله بحوزته حينها تكون المؤسسة وطاقم العمل غير مسؤولين عنه وليس له الحق في المطالبة به أو أتهام أي شخص أخر في حال ضياعه ويترتب على ذلك أيضا ان ينفق من ماله في حال احتاج للعلاج خارج دوائر الصحة أو أي متطلبات شخصية اخرى.
* الحق في الخروج لزيارة الاهل واستقبال الزائرين واجراء الاتصالات الهاتفية دون الأخلال بالأنظمة المتبعة بالدار.

**واجبات المسنين:**

* الالتزام والتقيد بالقواعد والأنظمة الداخلية والتعليمات المتبعة بالدار.
* احترام حقوق النزلاء الآخرين والموظفين والتعامل معهم بلطف.
* المحافظة على أغراض وممتلكات الدار والنزلاء الاخرين والطاقم العامل.
* تقديم معلومات وبيانات صحيحة عن أوضاعه الصحية والاجتماعية والنفسية والمالية إلى ذوي العلاقة وأخبارهم بأي تغيير في هذه المعلومات.
* المشاركة بأنشطة الدار وبرامجها ( حسب قدرة ورغبة المسن).
* التعاون مع الإدارة والطاقم العامل بمساعدة أي نزيل يحتاج الى انتباه ومساعده (حسب قدرة المسن ورغبته).
* عدم التدخين ما عدا في الأماكن المخصصة لذلك ( الساحات الخارجية ).
* الالتزام بالنصائح الطبية بما يختص بالوجبات الغذائية وتناول العلاج.
* الالتزام بقرارات وتعليمات الادارة بما يختص بأمور السلامة العامة والحفاظ على الحياة.

**القسم السادس: حقوق وواجبات المسن/ة**

|  |
| --- |
| **قوائم المسموحات** |
| الأغراض الشخصية (ملابس وغيرها). |
| مذياع. |
| كتب وقرطاسية. |
| الصور والتذكارات والرموز الشخصية. |
| جهاز خليوي (بدون كاميرا). |

|  |
| --- |
| **قوائم الممنوعات** |
| الاحتفاظ بالطعام داخل خزانات غرف المنامات. |
| تناول الوجبات الغذائية داخل غرف المنامات إلا للحالات المرضية الشديدة وبعد موافقة التمريض على ذلك. |
| الاحتفاظ بأدوات حادة وخطره ضمن الأغراض الشخصية مثل (السكاكين، والمفكات، والسخان الكهربائي، وشفرات حلاقة، وأي أداه تشكل خطرا على حياة النزيل أو حياة النزلاء الأخرين أو الطاقم العامل). |
| كاميرات تصوير. |