MPH2 -3
(Req- in Form)

الجمهورية اللبنانية
وزارة الصحة العامة
مديرية العناية الطبية

طلب إستشفاء

الاسم الاول للمريض : ..... الشهرة : ..... إسم الاب: .....

تاريخ الولادة : --/--/----

حقل مخصص للمريض

رقم ملف المريض في الوزارة: .....

الجنسية : ..... رقم السجل : .....

قضاء محل الولادة : ..... محل الولادة : ..... المهنة : .....

قضاء محل الاقامة : ..... محل الاقامة: ..... الوظيفة الحالية : .....

عنوان السكن : القضاء : ..... محل السكن : ..... الهاتف : ــ ــ ــ ــ ــ ــ/ــ ــ ــ ــ ــ ــ/ــ ــ

الشارع : ..... الملك : .....

سبب دخول المستشفى

التشخيص الاولي : ..... (ICD 10)

|__| |__|__| |__|

.....

الأعمال الطبية/ |__| |__|__| |__|

(جدول الأعمال الطبية/ الجراحية)

الجراحية المتوقعة : ..... |__| |__|__|__|__| |__| |__|

..... |__| |__|__|__|__| |__| |__|

المدة المتوقعة للإستشفاء : ــــ ــــ ــــ ــــ يوماً

القسم الإستشفائي : ☐ جراحة عامة ☐ أمراض داخلية ☐ توليد ☐ أطفال ☐ غيره : (حدد) .....

التعريف بالطبيب المعالج

الإسم والشهرة : ..... رقم الانتساب إلى المنقابة : .....

الاختصاص : ..... هاتف العيادة : ــ ــ ــ ــ ــ ــ ــ ــ / ــ ــ

ــ ــ / ــ ــ ــ ــ ــ ــ

ختم وتوقيع الطبيب المعالج : في ــ ــ / ــ ــ/ ــ ــ ــ ــ

حقل مخصص لمركز الاستشفاء

تتعهد المستشفى بمعالجة المريض على نفقة الوزارة وبناء لتعرفتها وحسب الاتفاقيات المبرمة معها. إن دخول المريض متوقع في ــ ــ / ــ ــ/ ــ ــ ــ ــ

ختم وتوقيع إدارة المستشفى : في ــ ــ / ــ ــ/ ــ ــ ــ ــ

حقل مخصص لوزارة الصحة

عدد الأيام الموافق عليها : .....

مع الموافقة

عدم الموافقة أسباب الرفض : .....

ختم وتوقيع الطبيب المكلف في الوزارة : توقيع الموظف الإداري المكلف في الوزارة : ختم وتوقيع الطبيب

☐ LI
☐ MI
☐ HI
☐ N/A

في ــ ــ / ــ ــ/ ــ ــ ــ ــ