



.....		أسم الطبيب Physician Name	
.....		مركز العمل Hospital Name	
..... :	في الوقت: On Time: / /	في التاريخ On Date
.....		اسم المريض Name of Patient	
.....		رقم مدني Civil ID numer	
هرب/تخلف عن الحضور المريض المذكور أعلاه والذي يخضع لنظام الدخول أو العلاج الالزامي: Patient mentioned above who was under involuntary admission and/or incapable to consent for treatment has absconded\did not return to the facility			
تبليغ إدارة المنشأة ولجنة المتابعة والتقييم Facility Director & Review and Assessment Board Notified			<input type="checkbox"/>
تبليغ الجهات المختصة وذويه فورا Appropriate Authority and Relatives were Notified promptly			<input type="checkbox"/>
.....	التاريخ و الوقت: Date and Time:	توقيع الطبيب: Physician Signature: