



.....		أسم الطبيب: Physician Name	
.....		مركز العمل Hospital Name	
..... :	في الوقت: On Time: / /	في التاريخ On Date
.....		قمت شخصياً بفحص المريض: I personally examined:	
.....		رقم مدني: Civil ID number:	
بناءً على تقييمي الطبي فإن المريض: Based on my clinical assessment, the patient:			
<input type="checkbox"/> يشكل احتمالاً جدياً لحدوث أذى فوري أو وشيك على سلامته أو صحته أو على سلامة أو صحة الآخرين في حال خروجه من المستشفى. Will likely cause an imminent harm to his/her safety or health, or the safety or health of others, if he/she leaves the hospital			
<input type="checkbox"/> غير قادر على رعاية نفسه بسبب نوع أو شدة المرض النفسي، أو أنه غير قادر بسبب مرضه النفسي على اتخاذ قرار بشأن الاستمرار في التقييم وتلقي العلاج الإرادي الطوعي. Is unable to care for him/her self because of the type or severity of his mental illness, or he/she is unable because of his mental illness to make a rational choice about the need for an assessment and treatment.			
وذلك بناءً على الملاحظات والمعلومات التالية: Based on the following facts and observations			
.....			
وبناءً عليه يمنع المريض من مغادرة المستشفى خلال فترة التقييم من وقت توقيع هذا النموذج ولمدة 72 ساعة كحد أقصى And based on this, patient is not allowed to leave the hospital for a maximum of 72 hours during the assessment period starting from the time of signing this form			
.....	التاريخ و الوقت: Date and Time:	توقيع الطبيب: Physician Signature: