



.....		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 number:	
<b>طلب لجنة المتابعة والتقييم، ل:</b> Request for a Review and Assessment Board, for:			
		<input type="checkbox"/>	
تبليغ عن إيداع جديد من جهة قضائية* Reporting a new admission from a legal authority*			
		<input type="checkbox"/>	
متابعة سنوية Annual review			
		<input type="checkbox"/>	
متابعة طارئة Urgent review			
.....	التاريخ و الوقت: Date and Time:	.....	توقيع الطبيب: Physician Signature:
.....			
*يتم ابلاغ لجنة المتابعة والتقييم خلال اسبوعين من الإيداع الجديد *RAB to be notified within 2 weeks of new admissions			