

Division of Developmental Pediatrics Sidra Medical and Research Center, Doha, Qatar

**نموذج إحالة من مختص إلى قسم طب الأطفال التطوري في مركز السيدرة للطب والبحوث
REFERRAL FORM – FOR COMPLETION BY PROFESSIONALS ONLY**

يجب تعبئة هذا النموذج بالكامل حتى يتسنى لنا متابعة الإحالة
THIS FORM MUST BE COMPLETED IN FULL TO ENABLE US TO PROCESS THE REFERRAL

Name of child/young person: اسم الطفل:
Date of Birth Age: تاريخ الميلاد: العمر:
Nationality Male Female ذكر أنثى : الجنسية:
First language: اللغة الأولى:
Address (including postcode): العنوان:
Home Tel. No.: رقم هاتف المنزل: Work Tel. No.: رقم هاتف العمل:
HMC NO.: رقم البطاقة الصحية: Mobile No.: رقم الجوال:

Name and address of current educational setting: اسم وعنوان مدرسة الطفل:
Nursery/School Tel. No.: رقم هاتف المدرسة:
Key professional contact: الشخص الرئيسي للاتصال به:
Parents' consent to contact Nursery/School Yes No موافقة ولي الأمر بالتواصل مع المدرسة: نعم لا
Primary Healthcare Center and address: اسم وعنوان مركز الرعاية الصحية الأولية:
Primary Healthcare Center Tel. No.: رقم الهاتف مركز الرعاية الصحية الأولية:

CURRENT CONCERNS

Please give as much information as possible about the concern including onset, severity, duration, etc. and reason for referral now. Please add any educational reports or assessments if available.

الشكوى الحالية
الرجاء إعطاء أكبر قدر من المعلومات عن سبب الإحالة والشكوى الرئيسية. الرجاء ارفاق تقارير تربوية أو نتائج لاختبارات تربوية إن وجدت.

.....
.....
.....
.....
.....

BACKGROUND INFORMATION

Please give as much information as possible regarding any known medical conditions and/or early developmental concerns.

معلومات أساسية

الرجاء إعطاء معلومات عن الحالة الصحية للطفل وعن أي مشاكل في مراحل تطوره .

ADDITIONAL INFORMATION

معلومات إضافية

CONSENT

Important: Please complete with parents

We would like your consent to contact professionals to gather information that will help us to provide a better service to you. We will ensure that your personal information is kept confidential if needed.

الموافقة

هام: موافقة ولي الأمر على الإحالة

نرغب في موافقتك على الاتصال بالمهنيين المعنيين لجمع المعلومات التي من شأنها أن تساعدنا على تقديم خدمة أفضل لك سنضمن أن يتم الاحتفاظ بالمعلومات الشخصية الخاصة بك بسرية إذا لزم الأمر .

Consent

I agree to information being shared between agencies to help me/my child

الموافقة

أنا أوافق على أن يتم تبادل المعلومات بين المؤسسات المعنية لمساعدتي و لمساعدة طفلي:

Name الاسم

Signature التوقيع Date التاريخ

REFERRER DETAILS

بيانات المحول

Name الاسم

Profession / Title المهنة/المسمى الوظيفي

Address العنوان

Signature التوقيع Date التاريخ

Please email this form to:

الرجاء ارسال هذا النموذج للبريد الالكتروني التالي:

opc referrals@sidra.org

OPC Fax No.: 40036024