

نموذج تفضيلات المريض

Patient Preference

نموذج تفضيلات المريض

PATIENT PREFERENCES FORM

(يجب تعبئة النموذج خلال ٢٤ ساعة من وقت الدخول) (To be filled within 24 hours of admission)

لكي تضمن مجموعة فقيه الطبية دمج تفضيلات المرضى في خطط الرعاية الخاصة بهم، نطلب من المرضى إكمال هذه المعلومات أو تقديم المرضى / أسرهم / شركاء الرعاية هذه المعلومات إلى موظفي مكتب الدخول أو موظفي تجربة المريض أثناء الدخول الذي سيتم البدء فيه .
Fakeeh Care to ensure that patient preferences are incorporated into their care plans, we would ask that patients complete this or patient/families/care partners provide this information to the Admission/Registration personnel, or Patient Experience staff during admission to be initiated.

ملحظات / Notes	لا / No	نعم / Yes	
تفضيلات الطعام / تقديم الطعام FOOD PREFERENCES / CATERING			
			إبلاغ المريض بوقت الإفطار والغداء والعشاء هل أدرك أي تفضيل لأوقات الوجبات هذه؟ Inform the patient about Breakfast, Lunch and Dinner time. Do you have any preference for these meal timings?
			هل لديك تفضيلات غذائية؟ Do you have a dietary preference?
برنامج شركاء الرعاية Care Partner Program			
			هل ترغب في المشاركة في هذا البرنامج؟ يرجى الرجوع إلى منشور برنامج شركاء الرعاية؟ Do you want to participate in this program? Please refer to the Care Partner Program booklet or brochures
			هل تفضل أنت أو شريك الرعاية الخاص بك الاطلاع على نتائج التحاليل و التقارير الخاصة بحالتك الصحية بواسطة تطبيق فقيه كير؟ Do you or your care partner prefer to access your lab results and medical records through Fakeeh Care Application?
عملية تبديل النقطية للممرضات Bedside shift handling			
			عادة يتم مرور الأطباء على المرضى و أسرهم ما بين الثامنة صباحا و الثانية عشرة ظهراً في حال لم يكن الوقت مناسباً متى ترغب في ذلك؟ Usually doctors rounds on patient and their families between 8 AM and 12 PM, if this is not suitable for you when do you prefer?
			هل تفضل حضور تبديل النقطية والذي يتم عند الساعة السابعة صباحا و الساعة مساءً مع شريك رعايتك، إما من خلال الاستيقاظ في الوقت المحدد أو استلام ملخص لاحقاً في حال كنت لا ترغب في الاستيقاظ؟ Would you prefer to be present during the bedside handover at 7:00 AM and 7:00 PM with your care partner, either by waking up at the scheduled time or receiving a summary later if you prefer not to be awakened?
خدمات الرعاية الجينية / العاطفية / مترجم لغة الإشارة RELIGIOUS / EMOTIONAL/INTERPRETER CARE SERVICES			
			هل ترغب بالاستعانة بالدعم المعنوي أو الديني؟ Do you want to request spiritual or religious support?
			هل ترغب بالحصول على مترجم لغة أو لغة إشارة؟ Do you need a translator or sign language service?
الراحة والسلامة COMFORT & SAFETY			
			هل ترغب بخدمات الحلاقة؟ Do you need grooming services?
			ما هو وقتك المفضل للاستحمام اليومي؟ When is your preferred time for your daily bathing?
			هل تعرف عن حقوقك ومسؤولياتك؟ Do you know about your rights and responsibilities?
أخرى Other			
			هل هناك أي تفضيل آخر غير مذكور في هذه القائمة المرجعية التي ترغب في الاستفادة منها أو طلبها؟ Is there any other preference not mentioned in this checklist which you would like to avail of or request?
			محتويات الغرفة الافتراضية (حقوق ومسؤوليات المريض - أرقام تهمك - أوقات الراحة) Virtual Room content (Patient rights and responsibilities – Important contacts – quiet time)

تعليقات: Comments

تم تعبئة من قبل: الاسم: _____
 ID: _____
 التوقيع: _____
 التوقيع: _____
 التاريخ: _____
 الوقت: _____