الهيئة الوطنية لتنظيم المهن والخدمات الصحية
NATIONAL HEALTH REGULATORY AUTHORITY

قسم الشكاوى والتحقيقات الطبية
Medical Complaints & Investigation Section (MCIS)

استمارة تقديم شكوى
Complaint Submission Form

Important notes	ملاحظات هامة
• A copy of the patient's ID card and Complainant's ID card (if it is not the patient himself) must be submitted along with the complaint form when sending it to the Medical Complaints and Investigations Sections. • The complainant should complete all required sections before submitting the form to MCIS. • All information is treated discreetly and with credibility. • A written notification will be sent on receipt of the complaint including the complaint number registered at the Medical Complaints and Investigation Section. • You will be notified with the result of investigation upon completion of the investigation.	• يجب ارسال نسخة من البطاقة الشخصية للمريض ومقدم الشكوى (إذا لم يكن المريض نفسه) عند ارسال استمارة تقديم الشكوى لقسم الشكاوى والتحقيقات الطبية. • يجب ملئ جميع خانات الاستمارة قبل ارسالها لقسم الشكاوى والتحقيقات الطبية. • تعامل جميع المعلومات المقدمة بسرية ومصداقية تامة. • سيتم ارسال اخطار كتابي باستلام الشكوى يتضمن رقم الشكوى المسجلة في قسم الشكاوى والتحقيقات الطبية. • سيتم اعلامكم بنتيجة التحقيق برسالة كتابية فور الانتهاء من التحقيق في الشكوى.
The following is not within the jurisdiction of the medical complaint & investigation section: • Consider claims for financial compensation or provide any financial compensation.	**ليس من ضمن نطاق عمل قسم الشكاوى والتحقيقات الطبية :** • النظر في المطالبات بالتعويضات المادية عن الأخطاء او تقديم اي نوع من التعويضات.

• Retrieve the fees/cost of treatment or provide treatment. • Intervene in the current treatment of the patient, as its role is limited to the review of the procedures carried out at the facility under investigation. • Specify or give any recommendation regarding treatment fees. • In case the complainant wants to withdraw the complaint, a complaint withdrawal form has to be signed. • The MCIS has the right to continue the investigation even if the complaint is withdrawn to preserve public interest. • In case the complainant is unable to provide the authorization, his/her legal representative or a first degree relative can do it on his behalf. • The MCIS will not consider the complaints that are not within the jurisdiction of the NHRA, and you will be notified of the relevant authorities if possible.	• استرجاع رسوم /تكاليف العلاج، او تقديم العلاج. • التدخل في العلاج الحالي للمريض، حيث يقتصر دورها على مراجعة الاجراءات التي تم تقديمها في المنشأة محل الشكوى. • تحديد رسوم العلاج او اعطاء اي توصيات بشأنها. • في حالة الرغبة في سحب الشكوى، يجب على مقدم الشكوى التوقيع على نموذج سحب الشكوى. • لقسم الشكاوى الحق في مواصلة التحقيق في الشكوى حتى عند سحبها وذلك حفاظا على المصلحة العامة . • لن يتم النظر في الشكاوى التي تقع خارج نطاق عمل الهيئة ولكن قد يتم اخطاركم بالجهات المعنية ان امكن ذلك.

***تاريـــخ تقديـــــم الشكـــــــوى: ---------- :*Date of Filing the Complaint**

Patient Details	بيانات المريض
Full Name: ----------	الاسم الثلاثي:----------
Sex: ☐ Male ☐ Female	الجنس : ☐ ذكر ☐ أنثى
Date of Birth: -------/---------/----------	تاريخ الميلاد: -------/-------/----------
ID Number: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐	الرقم الشخصي: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Nationality ☐ Citizen ☐ Resident	الجنسية : ☐ مواطن ☐ مقيم
Contact Numbers: Home: ---------- Office: ---------- Mobile: ---------- Fax: ----------	أرقام الاتصال: المنزل:---------- المكتب:---------- النقال: ---------- الفاكس:----------
Address: House ---------- Road/Street ---------- Block ---------- Area ----------	العنوان: منزل ---------- طريق/شارع ---------- مجمع ---------- المنطقة ----------
Email ----------	البريد الالكتروني:----------

Applicant details (if different than patient)	**بيانات مقدم الشكوى (اذا لم يكن المريض نفسه)**
Full Name: ----------	الاسم الثلاثي: ----------
Sex: ☐ Male ☐ Female	الجنس : ☐ ذكر ☐ أنثى
Date of Birth: ----------/----------/----------	تاريخ الميلاد: ----------/---------/----------
ID Number: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐	الرقم الشخصي: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Contact Numbers: Home: ---------- Office: ---------- Mobile: ---------- Fax: ----------	أرقام الاتصال: المنزل:---------- المكتب:---------- النقال:---------- الفاكس:----------
Address: House----------Road/Street--------- Block----------Area----------	العنوان: منزل---------- -طريق/ شارع---------- مجمع----------المنطقة----------
Email:----------	البريد الالكتروني:----------
Relative Relation: (Specify) ----------	صلة القرابة: (حدد) ----------

Complaint details	تفاصيل الشكوى
The Complaint is against: ☐ Doctor ☐ Nurse ☐ Allied ☐ Pharmacy/ Pharmacist ☐ Health Facility ☐ Other ----------	الشكوى ضد: ☐ طبيب ☐ ممرض ☐ مهن معاونة ☐ صيدلة/صيدلية ☐ منشأة صحية ☐ أخرى ----------
Name of the Health facility/facilities: 1. ---------- 2. ---------- 3. ----------	اسم المنشأة / المنشآت الصحية : .1 ---------- .2 ---------- .3 ----------
Name of healthcare provider(s) the complaint is against (if any): 1. ---------- 2. ---------- 3. ---------- 4. ----------	اسـم مقدم / مقدمـو الرعايـــة الصحيـــة المشكـــو ضـــدهم (إن وجد): .1 ---------- .2 ---------- .3 ---------- .4 ----------
Specialty (if known): ---------- ----------	التخصص (ان وجد):---------- ----------
The period to be investigated at the time of the incident: **From ----------/----------/----------** **To ----------/----------/---------**	**الفترة المراد التحقيق فيها عند حدوث الواقعة:** **من ---------/----------/----------** **إلى ---------/----------/---------**
Have you filed the same complaint to other **judicial authorities?** ☐ Yes ☐ No	هل قـمت بتـقديـم نفـس الشـكـوى فـي **الجـهـات القضـائيـة**: ☐ نعم ☐ لا
If yes, specify: ---------- ----------	اذا كانت الاجابة بنعم، حدد الجهة: ---------- ----------

Have you filed a complaint in the health facility? ☐ Yes ☐ No If yes, what was the response?	هل قمت بتقديم شكوى للمنشأة المشتكى عليها؟ ☐ نعم ☐ لا اذا كانت الاجابة بنعم، ماذا كان الرد؟
Complaint Summary	**ملخص الشكوى**

The harm resulted from the event specifically	الضرر الناتج من حدوث الواقعة بالتحديد

Medical error / Negligence which you believe has occurred in the event and is to be investigated by NHRA	الخطأ الطبي/ الاهمال أو التقصير والذي في اعتقادك أنه قد حدث في الواقعة والمراد التحقيق فيه من قبل الهيئة الوطنية لتنظيم المهن والخدمات الصحية

Have you visited other health facilities for the same complaint?

☐ Yes ☐ NO

If yes, specify:

Name of Healthcare Facility	Name of Treating Physician	Duration of Follow-up (from--- To ---)

هل قمت بزيارة مرافق صحية أخرى لنفس الشكوى؟

☐ نعم ☐ لا

اذا كانت الاجابة بنعم، حدد:

اسم المؤسسة الصحية	اسم الطبيب المعالج	فترة المتابعة الصحية (من --- إلى ---)

Attachments:

- o Copy of the CPR
- o Medical records
- o X-rays
- o Models
- o Medical Reports
- o Laboratory results
- o Others (specify) _____

المرفقات:

- o نسخة من البطاقة السكانية
- o السجل الطبي
- o الأشعة
- o مجسمات
- o تقارير طبية
- o نتائج تحاليل مختبرية
- o اخرى (حدد): _____

Approval for information provision

- I the undersigned, declare that I have understood the role of MCIS in the National Health Regulatory Authority in the investigation of the complaint.
- I also acknowledged that all information and attachments submitted is true and complete to my knowledge.

Patient name: ----------

Signature: ----------

Applicant Name (if different than patient):

Signature: ----------

الموافقة لتقديم المعلومات

- أقر أنا الموقع أدناه أنني قد فهمت دور قسم الشكاوى والتحقيقات الطبية في الهيئة الوطنية لتنظيم المهن والخدمات الصحية في التحقيق في الشكوى.
- كما أقر بأن جميع البيانات والمرفقات المقدمة صحيحه وكاملة حسب معلوماتي.

اسم المريض:----------

التوقيع:----------

اسم مقدم الشكوى (اذا لم يكن المريض):

التوقيع: ----------