



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

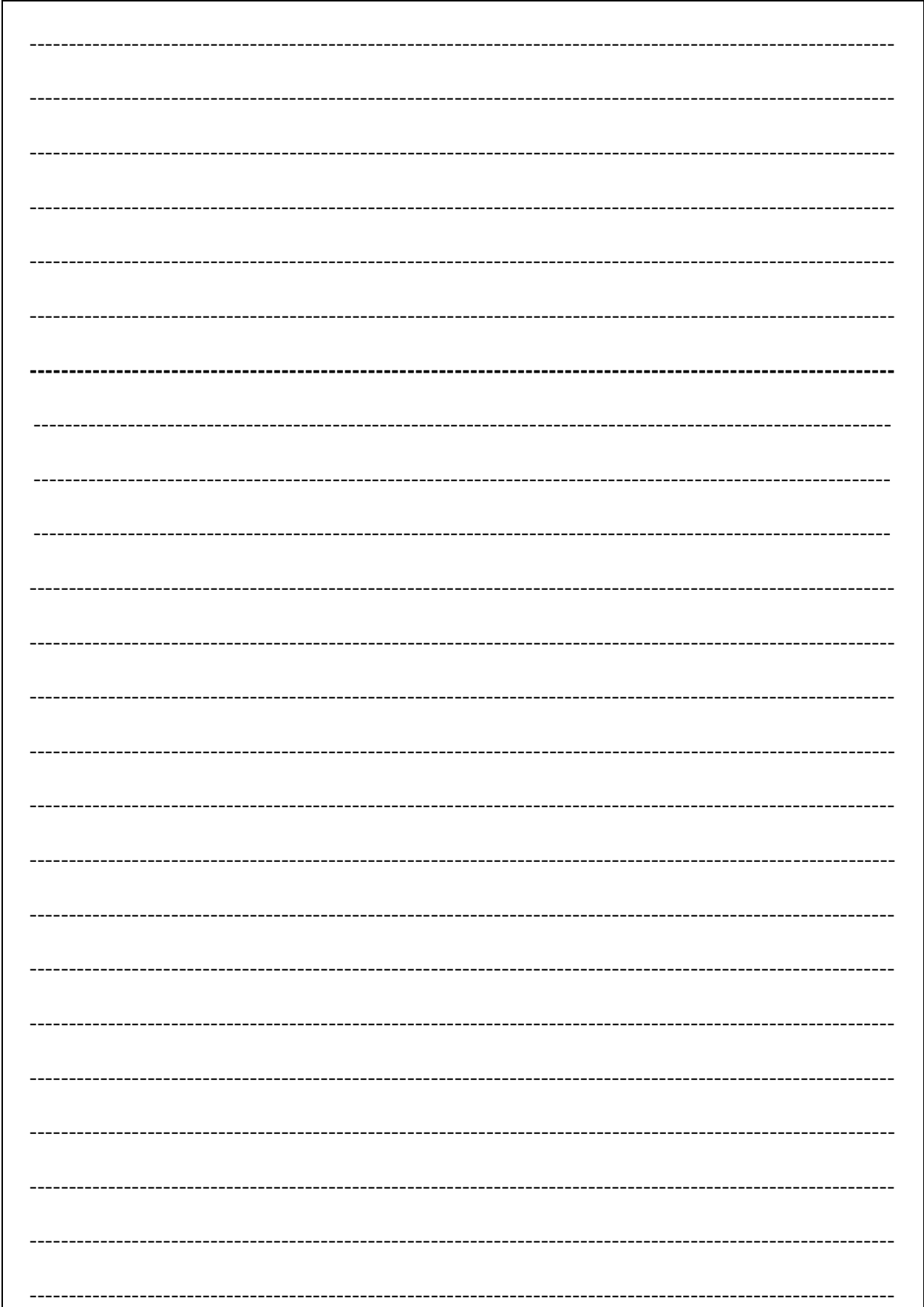
استمارة تسجيل شكوى
Complaint Registration Form

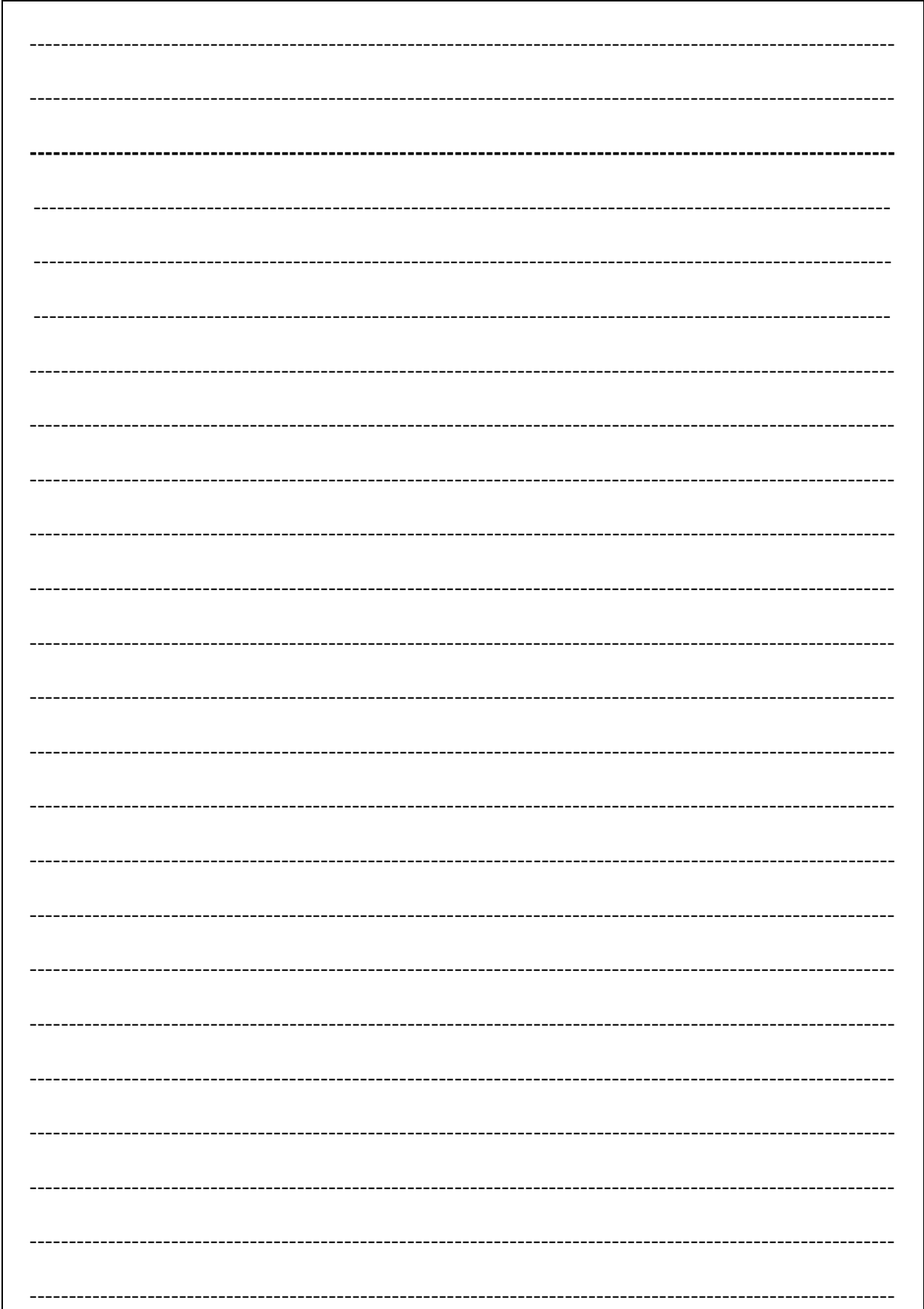
*تاريخ تقديم الشكوى: ----- *Date of Complaint: -----

Patient Details	بيانات المريض																				
Full Name: -----	الاسم الثلاثي: -----																				
Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	الجنس : <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى																				
Date of Birth: -----/-----/-----	تاريخ الميلاد: -----/-----/-----																				
CPR: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											الرقم الشخصي: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
Contact Numbers:	أرقام الاتصال:																				
Home: -----	المنزل: -----																				
Office: -----	المكتب: -----																				
Mobile: -----	النقال: -----																				
Fax: -----	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 (إذا لم يكن المريض نفسه)																				
Full Name: -----	الاسم الثلاثي:-----																				
Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	الجنس : <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى																				
Date of Birth: -----/-----/-----	تاريخ الميلاد: -----/-----/-----																				
CPR: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>											الرقم الشخصي: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
Contact Numbers:	أرقام الاتصال:																				
Home: -----	المنزل:-----																				
Office: -----	المكتب:-----																				
Mobile: -----	النقال:-----																				
Fax: -----	الفاكس:-----																				
Address:	العنوان:																				
House-----Road/Street-----	منزل----- طريق/ شارع-----																				
Block-----Area-----	مجمع----- المنطقة-----																				
Email:-----	البريد الالكتروني:-----																				

Relative Relation: (Specify) -----	صلة القرابة: (حدد) -----
Complaint details	تفاصيل الشكوى
The Complaint is against: <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> Allied <input type="checkbox"/> Pharmacy/ Pharmacist <input type="checkbox"/> Health Facility <input type="checkbox"/> Other -----	الشكوى ضد: <input type="checkbox"/> طبيب <input type="checkbox"/> ممرض <input type="checkbox"/> مهن معاونة <input type="checkbox"/> صيدلة/صيدلية <input type="checkbox"/> منشأة صحية <input type="checkbox"/> أخرى -----
Name of Health facility/facilities: 1. ----- 2. ----- 3. -----	اسم المنشأة / المنشآت الصحية : 1. ----- 2. ----- 3. -----
Name of health care providers (if known): 1. ----- 2. ----- 3. ----- 4. -----	اسم مقدم/ مقدمو الرعاية الصحية (ان وجد): 1. ----- 2. ----- 3. ----- 4. -----
Specialty (if known): -----	التخصص (ان وجد): -----
Date / Period of event: From -----/-----/----- To -----/-----/-----	تاريخ / فترة حدوث الواقعة: من -----/-----/----- إلى -----/-----/-----
Have you filed a complaint to a judicial authority : <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	هل قمت بتقديم شكوى في الجهات القضائية : <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
If yes, specify: -----	إذا كانت الإجابة بنعم، حدد الجهة: -----





<p>Have you visited other health facilities for the same complaint?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> NO</p> <p>If yes, specify:</p> <p>1. -----</p> <p>2. -----</p> <p>3. -----</p> <p>4. -----</p>	<p>هل قمت بزيارة مرافق صحية أخرى لنفس الشكوى؟</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>إذا كانت الإجابة بنعم، حدد:</p> <p>1. -----</p> <p>2. -----</p> <p>3. -----</p> <p>4. -----</p>
<p>Attachments:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Medical records <input type="checkbox"/> X-rays <input type="checkbox"/> Models <input type="checkbox"/> Medical Reports <input type="checkbox"/> Laboratory results <input type="checkbox"/> Others (specify) _____ 	<p>المرفقات:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> السجل الطبي <input type="checkbox"/> الأشعة <input type="checkbox"/> مجسمات <input type="checkbox"/> تقارير طبية <input type="checkbox"/> نتائج تحاليل مختبرية <input type="checkbox"/> أخرى (حدد): _____
<p>Approval for information provision</p>	<p>الموافقة لتقديم المعلومات</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Patient name: -----</p> <p>Signature: -----</p> <p>Applicant Name (if different than patient): -----</p> <p>Signature: -----</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 صحيحة وكاملة حسب معلوماتي. <p>اسم المريض: -----</p> <p>التوقيع: -----</p> <p>اسم مقدم الشكوى (إذا لم يكن المريض): -----</p> <p>التوقيع: -----</p>

Important notes	ملاحظات هامة
<ul style="list-style-type: none"> • All information is treated discreetly and with credibility. • A written notification will be sent on receipt of the complaint. • You will be notified with the result upon completion of the investigation. <p>The following is not within the jurisdiction of the medical complaint & investigation section:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consider claims for financial compensation or provide any financial compensation. • 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • تعامل جميع المعلومات المقدمة بسرية ومصداقية تامة. • سيتم ارسال اخطار كتابي باستلام الشكوى . • سيتم اعلامكم بالنتيجة برسالة كتابية فور الانتهاء من التحقيق في الشكوى. <p>ليس من ضمن نطاق عمل قسم الشكاوى والتحقيقات الطبية :</p> <ul style="list-style-type: none"> • النظر في المطالبات بالتعويضات المادية عن الأخطاء او تقديم اي نوع من التعويضات. • 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.