

## طلب دخول مسن

### إلى مستشفى دار السلام للرعاية الاجتماعية

اسم المسن : ..... الجنس : ذكر .... أنثى ....

مكان الولادة : محافظة ..... قضاء ..... محل ورقم القيد

.....

تاريخ الولادة : ..... الجنسية ..... المذهب

.....

الوضع العائلي : له أولاد ..... بدون اولاد .....

مكان اقامة المسن الحالية : .....

.....

سبب الادخال : .....

نوع الدخول : .....

عنوان مقدم الطلب وكيفية الاتصال به : .....

.....

علاقته بالمسن : .....

أفراد عائلة المستفيد من الخدمة :

الاسم	علاقته بالمسن	الوضع العائلي	العمل

..... ملاحظات :  
.....

تاريخ تقديم الطلب

توقيع مستلم الطلب

توقيع مقدم الطلب

### موافقة إدخال المسن أو النزيل

بعد اجراء البحث الاجتماعي تبين أن الطلب على الدرجة \_\_\_\_\_ .  
توصي اللجنة الاجتماعية الموافقة على الطلب \_\_\_\_\_ أو توصية أخرى .....  
مقرر اللجنة الاجتماعية الاسم : \_\_\_\_\_ التوقيع : \_\_\_\_\_ محالة الى لجنة تسيير الدار

رئيس لجنة تسيير الدار يوصي باستكمال المعاملة الآزمة المعتمدة للإدخال في جمعية جامع البحر  
الخيرية ومن ثم رفعها الى مجلس إدارة جمعية جامع البحر الخيرية لإعلامه عن إدخال المسن حسب قرار  
تحويل لجنة تسيير الدار أو الموافقة على التوصية الأخرى .

رئيس لجنة تسيير الدار الاسم : \_\_\_\_\_ التوقيع : \_\_\_\_\_ التاريخ : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

موافقة طبيب الدار على الإدخال بموجب تقرير مفصل عن الوضع الصحي للمسن أو النزيل .  
اسم وتوقيع طبيب الدار الاسم : \_\_\_\_\_ التوقيع : \_\_\_\_\_ .

موافقة رئيسة التمريض من الناحية التمريضية للمسن والقدرة على التمريض مرفق بتقرير  
اسم وتوقيع رئيسة قسم التمريض في الدار الاسم : \_\_\_\_\_ التوقيع \_\_\_\_\_ .

موافقة الادارة على قدرة الدار من جهة المكان والامكانية لخدمة المسن  
مدير الادارة في الدار الاسم : \_\_\_\_\_ التوقيع : \_\_\_\_\_ .

موافقة هيئة ادارة جمعية جامع البحر الخيرية على الادخال بموجب القرار رقم : \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
على الدرجة \_\_\_\_\_ وبالشكل التالي \_\_\_\_\_  
توقيع رئيس الهيئة الإدارية الاسم : \_\_\_\_\_ التوقيع : \_\_\_\_\_ التاريخ : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

( صفحة خاصة بالإدارة )

### مكتب الدخول

اسم المسن : .....

اسم المسؤول عن المسن : ..... علاقته بالمسن : .....

عنوان المسؤول عن المسن : .....

.....

هاتف : .....

نائب المسؤول عن المسن : ..... علاقته بالمسن : .....

عنوان نائب المسؤول عن المسن : .....

.....

هاتف : .....

العنوان في حال الاتصال بخصوص المسن :

.....

هاتف : .....

.....

توقيع المسؤول عن المسن      توقيع نائب المسؤول      توقيع المسؤول الاجتماعي

نوع الدخول ..... تاريخ الدخول ..... تاريخ الخروج ..... حالة الخروج .....  
نوع الدخول ..... تاريخ الدخول ..... تاريخ الخروج ..... حالة الخروج .....  
نوع الدخول ..... تاريخ الدخول ..... تاريخ الخروج ..... حالة الخروج .....

### تعهد مالي لبدل الإقامة

أنا الموقع أدناه :

أتعهد والتزم بدفع وتسديد كافة تكاليف بدل الإقامة المترتبة حالياً  
أو التي قد تترتب عن المسن ..... والذي ادخل إلى مستشفى دار  
السلام للرعاية الاجتماعية التابع لجمعية جامع البحر الخيرية في صيدا ابتداء  
من ..... / ..... / .... معتبراً نفسي مديناً شخصياً عن البدلات المترتبة من جراء  
إقامته في المستشفى المذكور وذلك بالغا ما بلغت ولأني سبب كان وبعد أن أخذت  
علماً بأن هذا المبلغ لا يقل عن ...../...../.....  
ليرة لبنانية شهرياً وابتداء من تاريخ دخوله للمستشفى مع حق الإدارة في زيادة بدل  
الإقامة عند الاقتضاء تبعاً لمقتضيات الزيادات التي قد تطرأ على الأجور و الكلفة و أسعار  
الحاجيات و المواد الأولية و الطيبة .

هذا مع الإشارة إلى أنني أتعهد والتزم بدفع البدلات الشهرية تعهداً  
لا رجوع عنه بحيث تعتبر محاكم صيدا هي وحدها الصالحة للنظر في تنفيذ مضمون  
هذا التعهد وتفسيره وبكل ما يتعلق به عند الاقتضاء .

الاسم : .....

التوقيع : .....

التاريخ : .....

ملاحظات : .....

.....

### تعهد مالي للاستهلاكيات

أنا الموقع ادناه :

أتعهد والتزم بدفع وتسديد كافة التكاليف والنفقات المترتبة حاليا أو التي قد تترتب عن المسـ ..... والذي ادخل إلى مستشفى دار السلام للرعاية الاجتماعية التابع لجمعية جامع البحر الخيرية في صيدا ابتداء من ..... / .... / ..... معتبرا نفسي مدينا شخصيا عن جميع النفقات والرسوم والأعباء والتكاليف المترتبة من جراء إقامته في المستشفى المذكور وذلك بالغـ ما بلغت ومن أي جهة كانت و لأي سبب كان وبعد أن أخذت علما بأن هذه المبالغ تحدد حسب حاجة المسن واستهلاكه الشهري .

هذا مع الإشارة إلى أنني أتعهد والتزم يدفع وتسديد كافة النفقات والمصاريف والأعباء التي قد تترتب أو تستحق بنتيجة تقديم أية خدمات طبية أو استشفائية إضافية أو طارئة أو غير متوقعة للمسن في مستشفى دار السلام أو خارجه . تعهدا والتزاما فمائيا لا رجوع عنه وبحيث تعتبر محاكم صيدا هي وحدها الصالحة للنظر في تنفيذ مضمون هذا التعهد وتفسيره وبكل ما يتعلق به عند الاقتضاء .

الاسم : .....

التوقيع : .....

التاريخ : .....

ملاحظات : .....

.....

## تفويض إدخال ومعالجة

التاريخ : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

أنا الموقع أدناه .....

أوافق وبمطلق إرادتي للهيئة الإدارية لجمعية جامع البحر الخيرية في صيدا ولكل من تفوض بإدخال المسن ..... إلى مستشفى دار السلام للرعاية الاجتماعية التابع لها وذلك من اجل الإقامة والمعالجة الطبية وإجراء الفحوصات وتناول العلاجات اللازمة وكل ذلك وفقا لما تراه الإدارة بهذا الخصوص ووفقا للقواعد والأنظمة العائدة والمعمول بها لديها ، على أن يعاد إلى ذويه في حال أصبحت الحالة الصحية أو النفسية للمسن غير مطابقة للخدمات المتوفرة في المستشفى .  
مقرا ومعترفا بأنني أدرك تماما مضمون هذا التفويض والأسباب التي تدعو لإدخال المسن المذكور أعلاه مع تحملي لكامل المسؤولية مبرئاً ذمة إدارة المستشفى والجمعية من أية مسؤولية مهما كانت وأيا كانت .

صلة القربى للمسن ..... التوقيع .....

## السجل الطبي للمسن

التاريخ الطبي للمسن :

- تاريخ الولادة : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

- متزوج / أعزب

- إذا كان متزوج :

- العمر عند الزواج : \_\_\_\_\_

- عدد الأولاد : \_\_\_\_\_
- هل هناك إعاقة أو مرض وراثي لدى أحد الأولاد : نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_
- إذا نعم اذكر نوع الإعاقة أو المرض : \_\_\_\_\_

- اذكر الأمراض المزمنة التي يعاني منها المسن :

- هل أجرى المسن عمليات جراحية خلال حياته : نعم : \_\_\_\_\_ لا : \_\_\_\_\_
- إذا نعم اذكر نوع العملية : \_\_\_\_\_

#### الوضع الصحي الحالي للمسن :

- هل يعاني المسن من أي اضطرابات عقلية أو نفسية أو خرف شيخوخة : \_\_\_\_\_
- هل يستطيع المسن تناول طعامه بدون مساعدة ؟ \_\_\_\_\_
- هل يستطيع المسن التنقل داخل الدار والذهاب إلى الحمام لوحده ؟ \_\_\_\_\_
- هل لديه فابليه للطعام ؟ \_\_\_\_\_
- هل يعاني من الأرق ؟ \_\_\_\_\_
- هل لديه حساسية لبعض أنواع الطعام والأدوية ؟ \_\_\_\_\_
- بشكل عام هل المسن لديه نشاط حركي أم لا ؟ \_\_\_\_\_
- هل يعاني من ضعف في السمع ؟ \_\_\_\_\_
- هل يعاني من ضعف في البصر ؟ او كفيف ؟ \_\_\_\_\_

#### المواصفات الشخصية للمسن :

\_\_\_\_\_ : المستوى الثقافي

\_\_\_\_\_ : نوع المهنة

\_\_\_\_\_ : الوضع المادي

هل يتناول المسن المنبهات :

- قهوة

- شاي

- دخان

- كحول

هل يستعمل :

- طقم اسنان \_\_\_\_\_

- نظارات \_\_\_\_\_

- سماعة اذنين \_\_\_\_\_

- اطراف اصطناعية \_\_\_\_\_

- غير ذلك \_\_\_\_\_ حدد :

معلومات طبية عن عائلة المسن :

- هل هناك إعاقة أو مرض وراثي لدى :

- الأم : \_\_\_\_\_

- الأب : \_\_\_\_\_

- الأخوة والأخوات : \_\_\_\_\_

- أحد أفراد العائلة : \_\_\_\_\_

- إذا نعم حدد نوع المرض أو الإعاقة : \_\_\_\_\_

ملاحظات : \_\_\_\_\_

التوقيع

التاريخ

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_