

IV ضمیمه  
مقررہ 3-757

د پرنس ولیم کاؤنٹی عامه بنوونځي  
د روغتیا/صحي درملني پلان  
د مشخص طبي پروسیجر یا عمل لپاره اجازه

د زده کوونکي نوم: \_\_\_\_\_ نيټه: \_\_\_\_\_

پټه: \_\_\_\_\_ د زیریني نيټه: \_\_\_\_\_

د مشخص طبي عمل/پروسیجر نوم: \_\_\_\_\_

هغه ناروغي د کوم لپاره چې عمل یا پروسیجر باید ترسره شي: \_\_\_\_\_

د پاملرني کچه:  لږ تر لږه  متوسط/درميانه  پیچلی یا زیاته

روزي لسټ کړی چې د عمل یا پروسیجر تر سره کولو اړین دي: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

پروسیجر یا عمل د بنوونځي د روزل شوی کارکوونکو لخوا هم تر سره کیدی شي:  هو  نه

خانگري نسخو په شمول د پروسیجر یا عمل تر سره کونی وختونه او / یا وقفي. (د اړتیا په صورت کی ضمیمه شوي پروتوکول ممکن ومنل شي یا د عملی کولو لپاره غوره شي. په بديله توگه، یو مشخص امر/نسخه ممکن په داسی پانه ولیکل شي چې د روغتیا پاملرني د ډاکټر نوم پکی موجود وي).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

احتیاطی تدابیر، په احتمالی ډول بده اغیزه، مداخلی:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

د خانگري پروسیجر یا عمل ترسره کولو لپاره توکی / وسایل (د والدینو/ سرپرست لخوا به راوړل کيږي):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

طبي پروسیجر یا عمل باید د \_\_\_\_\_ څخه تر \_\_\_\_\_ پوري ترسره شي.

د روغتیا پالنی ډاکټر نوم \_\_\_\_\_ د تلیفون شمیره \_\_\_\_\_

د روغتیا پالنی ډاکټر لاسلیک \_\_\_\_\_ نيټه \_\_\_\_\_

د والدینو/سرپرست اجازه: په دی ډول زه غوښتنه کوم چې کارکوونکی دی زما په ماشوم باندی پورته ذکر شوي پروسیجر یا عمل تطبیق کړی لکه څرنگ چې د روغتیا درملني په پلان کې په ډاگه شوي دي.

د والدینو/سرپرست نوم \_\_\_\_\_ نيټه \_\_\_\_\_

د والدینو/سرپرست لاسلیک

IV ضمیمه  
مقررہ 3-757  
2 پانہ

بنوونخی / د CCC پرسونل چی درملنی پروسیجر په برخه کی روزل شوی:

د روزنی نپته	د روزونکی لاس لیک	لاسلیک	نوم

