

Date: / / Ref: المرجع: ج.م.ط / / التاريخ:

استمارة تسجيل الشكوى

Complain Registration Form

I. Acknowledgment that negates ignorance

- I/..... the undersigned with
Civil ID: acknowledge
that the complaint submitted by me relates to a medical error or a
professional violation issued by professionals or healthcare facilities,
in accordance with Authority for Medical Responsibility (AMR)
jurisdiction, as stipulated in the articles of Law No. 70 of 2020
regarding the practice of medical profession and its allied
professions, and the rights of patients and health facilities.
- If the complaint is not under Authority for Medical Responsibility (AMR) jurisdiction, necessary measures will be taken in accordance with the applicable systems without my notification or approval.
 - I will provide the information required by this form correctly after reading all its items, and I acknowledge that the complaint will not be considered until all the required documents and data are completed.
 - If any of data submitted appear to be inconsistent with the truth, I will bear full responsibility.
 - All data provided is treated with complete confidentiality and credibility.
 - I will be notified of any developments, decisions, and reports through the means of communication I provided in this form.
 - I will inform AMR if any of the data provided by me for communication in this form changes so that you can notify me.
 - I also acknowledge that the following are not within the scope of work for the Authority for Medical Responsibility (AMR):
 - Considering claims for material compensation for errors or providing any type of compensation.
 - Reimbursing fees/costs of treatment or providing any treatment.
 - Interfering with the patient's current treatment, as the role of the committee is limited to reviewing procedures in the facility in question.
 - Determine treatment fees or give any recommendations regarding them
 - In case the person who submitted the complaint form decides to withdraw the complaint, he/she or the legal representative must fill out and sign the relevant form.
 - AMR has the right to complete the investigation into the complaint even when it is withdrawn, according to its jurisdiction and in accordance with the law.
 - Complaints and reports that fall outside the scope of AMR jurisdiction will not be considered

أولاً: إقرار بالعلم النافي للجهاالة

- أقر أنا/ الموقع أدناه
الرقم المدني:
- بأن الشكوى المقدمة مني تتعلق بالخطأ الطبي أو المخالفة المهنية الصادرة من مزاولي المهنة أو المنشآت الصحية وذلك وفقاً لاختصاص جهاز المسؤولية الطبية كما نصت عليه مواد القانون رقم 70 لس
 - نة 2020 بشأن مزاوله مهنة الطب والمهن المساعدة لها وحقوق المرضى والمنشآت الصحية.
 - أنه في حال عدم اختصاص الجهاز بنظر الشكوى سيتم اتخاذ الإجراءات اللازمة وفق النظم المعمول بها دون حاجة لإخطاري أو موافقتي على ذلك.
 - أنني سأقدم البيانات المطلوبة بهذه الاستمارة بشكل صحيح بعد قراءة كافة البنود، وأقر بعلمي بأنه لن يتم نظر الشكوى حتى استيفاء كافة المستندات والبيانات المطلوبة.
 - في حال ظهر أن إحدى هذه البيانات تخالف الحقيقة فإني أتحمل المسؤولية.
 - أن جميع البيانات المقدمة تعامل بسرية ومصداقية تامة.
 - سيتم إخطاري بالمستجدات والقرارات والتقارير عن طريق البيانات المقدمة من قبلي للتواصل في هذه الاستمارة .
 - أنني سأبلغ جهاز المسؤولية الطبية في حال تغيير أي من البيانات المقدمة من قبلي للتواصل في هذه الاستمارة حتى يتسنى لكم إخطاري.
 - وكما أنني أقر أنه ليس من ضمن نطاق عمل جهاز المسؤولية الطبية ما يلي:-
 - النظر في المطالبات بالتعويضات المادية عن الأخطاء أو تقديم أي نوع من التعويضات.
 - استرجاع رسم / تكاليف العلاج، أو تقديم العلاج.
 - التدخل في العلاج الحالي للمريض، حيث يقتصر دور لجنة المسؤولية الطبية على مراجعة الإجراءات التي تم تقديمها في المنشأة محل الشكوى.
 - تحديد رسوم العلاج أو إعطاء أي توصيات بشأنها.
 - في حالة الرغبة في سحب الشكوى، يجب على مقدم الشكوى أو من يمثله قانوناً تعبئة النموذج الخاص بذلك والتوقيع عليه.
 - للجهاز الحق في استكمال التحقيق في الشكوى حتى عند سحبها وذلك حسب اختصاص الجهاز وفقاً للقانون.
 - لن يتم النظر في الشكاوى والبلاغات التي تقع خارج نطاق اختصاص الجهاز.

Applicant Name:

Date:

Signature:

اسم مقدم الشكوى:

التاريخ:

التوقيع:

Date: / / Ref: المرجع: ج.م.ط / / التاريخ:

II. The applicant Details

ثانياً: بيانات مقدم الشكوى

| 1- Patient Details | 1- بيانات المريض |
|---|--|
| Full Name: | الاسم الرباعي: |
| Sex: | الجنس: |
| Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> | ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> |
| Date of birth: / / | تاريخ الميلاد: / / |
| Nationality: | الجنسية: |
| Civil I.D. or Security Card No.: | الرقم المدني أو رقم البطاقة الأمنية: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Passport No.: | رقم جواز السفر: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Signature of the application

توقيع مقدم الشكوى:

Date: / / Ref: المرجع: ج.م.ط / / التاريخ:

| 2- Applicant details (If different than Patient) | 2- بيانات مقدم الشكوى (إذا لم يكن المريض نفسه) |
|--|---|
| Full Name: | الاسم الرباعي: |
| Sex: Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> | الجنس: ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> |
| Date of birth: / / | تاريخ الميلاد: / / |
| Nationality: | الجنسية: |
| Relative Relation: (Specify): | صلة القرابة أو الصفة مع السند الدال على ذلك: (حدد): |
| Civil I.D. or Security Card No.: | الرقم المدني أو رقم البطاقة الأمنية: |
| Passport No.: | رقم جواز السفر: |

Signature of the application

توقيع مقدم الشكوى:

Date: / / Ref: المرجع : ج.م.ط / / التاريخ:

| | |
|--|---|
| Contact Number: Home: Mobile: | أرقام الاتصال: المنزل: النقل: |
| E-mail: | البريد الالكتروني: |
| Address: Area: _____ Block: _____ Street/Road: _____ Building: _____ House/Flat: _____ | العنوان: المنطقة: _____ قطعة: _____ شارع/ جادة: _____ بناية: _____ منزل/ شقة: _____ |

- يرجى العلم بأن جهاز المسؤولية الطبية سيقوم بإخطاركم بكافة القرارات والتقارير الصادرة عن طريق إحدى بيانات التواصل المدونة من قبلكم بهذه الاستمارة دون أدنى مسؤولية على الجهاز في حال عدم وصول الإخطار

To be noted that the Authority for Medical Responsibility will notify you of all decisions and reports issued via the contact submitted information.

Signature of the application

توقيع مقدم الشكوى:

Date: / / Ref: المرجع: ج.م.ط / / التاريخ:

III. The Complain

ثالثاً: موضوع الشكوى.

| 1- Complain Details | 1- تفاصيل الشكوى |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Does your health condition require an immediate medical examination? <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <ul style="list-style-type: none"> The Complain is against: <p><input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> Allied Health <input type="checkbox"/> Health Facility <input type="checkbox"/> Other: _____</p> <ul style="list-style-type: none"> Name of the Health Facility/ Facilities: <p>1. _____ 2. _____ 3. _____</p> <ul style="list-style-type: none"> Name of healthcare provider(s) (If known): <p>1. _____ 2. _____ 3. _____</p> <ul style="list-style-type: none"> Specialty (If known): _____ Date of event: ___ / ___ / _____ | <ul style="list-style-type: none"> هل حالتك الصحية تستدعي الفحص الطبي الفوري؟ <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <ul style="list-style-type: none"> الشكوى ضد: <p><input type="checkbox"/> طبيب <input type="checkbox"/> ممرض <input type="checkbox"/> مهن معاونة <input type="checkbox"/> منشأة صحية <input type="checkbox"/> أخرى: _____</p> <ul style="list-style-type: none"> اسم المنشأة / المنشآت الصحية: <p>1. _____ 2. _____ 3. _____</p> <ul style="list-style-type: none"> اسم مزاوول / مزاوولي المهنة (إن وجد): <p>1. _____ 2. _____ 3. _____</p> <ul style="list-style-type: none"> التخصص (إن وجد): _____ تاريخ حدوث الواقعة: ___ / ___ / _____ |

Signature of the application

توقيع مقدم الشكوى:

Date: / /

Ref:

المرجع: ج.م.ط

التاريخ: / /

- Have you filled a complain to a judicial authority?

Yes No

- If Yes, specify:

- Complain filling date:

___ / ___ / ___

- What is the result of the complain?

- Have you filled a complain to the (Health Facility) the defendant?

Yes No

- If yes, specify the result of the complain:

- هل قمت بتقديم شكوى لدى السلطة القضائية؟

لا نعم

- إذا كانت الإجابة بنعم، حدد الجهة:

- تاريخ تقديم الشكوى: ___ / ___ / ___
- ما هي نتيجة الشكوى؟

- هل قمت بتقديم شكوى للمنشأة المشكو ضدها؟

لا نعم

- إذا كانت الإجابة بنعم، حدد ما آلت اليه الشكوى:

Signature of the application

توقيع مقدم الشكوى:

Date: / /

Ref:

المرجع: ج.م.ط

التاريخ: / /

- Have you visited other health facilities for the same complain?

Yes

No

- If Yes, specify:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

- هل قمت بزيارة مرافق صحية أخرى لنفس الشكوى؟

لا

نعم

- إذا كانت الإجابة بنعم، حدد:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Signature of the application

توقيع مقدم الشكوى:

Date: / / Ref: المرجع : ج.م.ط / / التاريخ :

2- Complain Summary

2- ملخص الشكوى

Signature of the application

توقيع مقدم الشكوى:

Date: / / Ref: المرجع: ج.م.ط / / التاريخ:

| 3- Attachments | 3- المرفقات |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Copy of Civil I.D. / Security card / Passport<input type="checkbox"/> Medical report<input type="checkbox"/> Radiology reports<input type="checkbox"/> Laboratory results<input type="checkbox"/> A copy of what proves the legal status of the complainant (if he is not the patient)<input type="checkbox"/> Others: _____ | <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> صورة البطاقة المدنية / البطاقة الأمنية / جواز السفر<input type="checkbox"/> تقرير طبي<input type="checkbox"/> تقرير أشعة<input type="checkbox"/> نتائج تحاليل مخبرية<input type="checkbox"/> صورة عما يثبت الصفة القانونية لمقدم الشكوى (ان لم يكن المريض)<input type="checkbox"/> أخرى: _____ |

Signature of the application

توقيع مقدم الشكوى:

Employee Signature :

توقيع الموظف: