



Ventilator Bundle Form

Section (1): Patient and Hospital Information:

Full Name الإسم الثلاثي	Gender الجنس	Male / ذكر Female / أنثى	Date of Birth تاريخ الميلاد DD/MM/YYYY
<input type="checkbox"/> National / الهوية الوطنية ID	<input type="checkbox"/> Iqama / الإقامة الجواز	<input type="checkbox"/> Passport / رقم الحدود / الحدود	<input type="checkbox"/> Border Number / الهوية الإضافية / Additional ID
The Number / رقمها			Medical Record / السجل الطبي
Telephone yes. / رقم الهاتف	Country / الدولة	Region (Health Affairs) / المنطقة (الشؤون الصحية)	
Mobile yes. / رقم الجوال	City / المدينة Nationality / الجنسية	Health Center or Health Affairs followed by المركز الصحي أو الشؤون الصحية التي يتبعها	
Address Type نوع العنوان	<input type="checkbox"/> No fixed address / لا يوجد عنوان ثابت <input type="checkbox"/> temporary address / منزل مؤقت	<input type="checkbox"/> Postal address / العنوان البريدي <input type="checkbox"/> Vacation home / منزل قضاء العطلات	<input type="checkbox"/> Primary home / المنزل الرئيسي
Client HESN ID / رقم المراجع في حصن			

Section 2: Admission and Insertion

Is the Patient in NICU	Yes	No	If Yes, Birth weight (Grams)		
Hospital Admission Date	DD/MM/YYYY	Unit Admission Date	DD/MM/YYYY	Insertion Date	DD/MM/YYYY
Where is the device inserted	Outside ICU (in hospital) OR Outside Hospital		Non-admitting unit (e.g ER, OR)	Inside ICU	
<i>If device Inserted Outside ICU (in hospital) OR Outside Hospital or in Non-admitting unit (e.g ER, OR) No need to fill section 3 and 4</i>					
Operator ID				