



Patient Referral Form

Referring Hospital:	Telephone No.: Fax No.: E-mail Address:	Referral Date:
Referring Ophthalmologist(s):	Contact No.: E-mail Address: SCFHS Registration No.:	Referral Type: <input type="checkbox"/> Urgent <input type="checkbox"/> Semi-urgent <input type="checkbox"/> Routine

Patient's Details:

Family Name:	Age:	Work no:
First Name:	Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
Father's Name:	Status:	Home no:
Patient's Address:	Nationality:	Mobile no:
Patient's Email:	KKESH Record no. (If any):	
Referring Hospital Record no.:		

NB: The name and SCFHS Registration number should be included in the Patient Referral Form; otherwise, it will not be accepted.

The referral should be typed, not handwritten to avoid confusion.

The official stamp of the referring hospital should be included.





Ophthalmic Evaluation

Chief Complaint:

	History	Date and Place
Ophthalmic Surgery		
Ophthalmic Diseases		
Ophthalmic Trauma		
Ophthalmic Medication		
Systemic Diseases	Please fill page #4 or page #5	
Systemic Medication		
Significant Family History		
Allergies		
Weight If patient under one year old		



Visual Acuity	Right Eye	Left Eye
<input type="checkbox"/> Without correction Senellen Model	20/	20/
<input type="checkbox"/> With pinhole		
<input type="checkbox"/> With correction		
<input type="checkbox"/> Present glasses		
Refraction		
<input type="checkbox"/> Cycloplegic		
<input type="checkbox"/> Subjective		
Motility		
Intraocular Pressure		
<input type="checkbox"/> Applanation		
<input type="checkbox"/> Pneumo		
<input type="checkbox"/> Schiotz		
Lids/Lacrimal System		
Cornea/Conjunctiva/Sclera		
Anterior Chamber/Gonioscopy		
Iris/Pupil		
Lens		
Vitreous/Retina		
Optic Nerve		
Diagnosis/Impression		
Reason for referral		

Note: Patient must only be referred to KKESH if tertiary care is required.

☐ I hereby certify that the above clinical data are accurate.

☐ The referring hospital assures to accept the patient after completing the treatment period in KKESH, which is determined by the attending physician.

Signature and stamp of referring Ophthalmologist(s):

Date: _____

Signature and stamp of the Hospital Medical Director:

Date: _____



قائمة مراجعة الأمراض الجهازية (للمرضى البالغين) Checklist For Systemic Diseases (Adult)

List	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	القائمة
Diabetic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	السكري
Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ارتفاع ضغط الدم
Heart Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أمراض القلب
Liver Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أمراض الكبد
Kidney Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أمراض الكلى
Does the patient receive hemodialysis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل المريض يتلقى العلاج بالغسيل الكلوي؟
Chest Diseases (Asthma) Allergy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أمراض الصدر (ربو) حساسية
Blood Diseases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أمراض الدم
Rheumatism	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الروماتيزم
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مرض السل
Stroke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	السكتة الدماغية
Glands Diseases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أمراض الغدد
Mental Disorders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إضطرابات عقلية
Neurological Disorders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إضطرابات عصبية
Epilepsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الصرع
Acquired Immunity Deficiency Virus (AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(الإيدز) نقص المناعة المكتسب
Traumatic Brain Injury	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إصابات في الدماغ
Injuries due to the Road Traffic Accident (RTA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إصابات نتيجة حوادث مرورية
Fractures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كسور
Is the patient on a home oxygen cylinder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل المريض على إسطوانة أكسجين منزلية؟
Is the patient on anticoagulant medication?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يتناول المريض أدوية مُسيلة للدم؟
Female: Is the patient pregnant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	للنساء: هل المريضة حامل؟

ملاحظة: إذا كان المريض يعاني من أي من تلك الأمراض أو الاضطرابات المذكورة أعلاه ، فيرجى تزويدنا بتقرير طبي مفصل جديد عن حالة المريض.

Note: If the patient suffers from any of the above-mentioned diseases or disorders, please provide us with a new detailed medical report on the patient's condition.



قائمة مراجعة الأمراض الجهازية (للأطفال) Checklist For Systemic Diseases (Pediatric)

List	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	القائمة
The child's age is less than 28 days	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عمر الطفل أقل من ٢٨ يوماً
The child weighs less than 3 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	وزن الطفل أقل من ٣ كجم
Patient on gastric tube feeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المريض على أنبوب تغذية في المعدة
Diabetic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	السكري
Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ارتفاع ضغط الدم
Heart diseases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أمراض القلب
Liver diseases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أمراض الكبد
Kidney Diseases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أمراض الكلى
Does the patient receive hemodialysis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل المريض يتلقى العلاج بالغسيل الكلوي؟
Chest diseases (Asthma) Allergy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أمراض الصدر (ربو) حساسية
Blood diseases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أمراض الدم
Rheumatism	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الروماتيزم
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مرض السل
Glands Diseases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أمراض الغدد
Mental Disorders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إضطرابات عقلية
Neurological Disorders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إضطرابات عصبية
Epilepsy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	الصرع
Traumatic Brain Injury	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إصابات في الدماغ
Injuries due to the Road Traffic Accidents (RTA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	إصابات نتيجة حوادث مرورية
Fractures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	كسور
Is the patient on a home oxygen cylinder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل المريض على إسطوانة أكسجين منزلية؟
Chronic congenital diseases (e.g.:			الأمراض الخلقية المزمنة (مثل:
• Metabolism	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• الأيض
• Syndromes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• متلازمات
• Distortions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• تشوهات
• Immune Deficiency	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• نقص المناعة

ملاحظة: إذا كان المريض يعاني من أي من تلك الأمراض أو الاضطرابات المذكورة أعلاه ، فيرجى تزويدنا بتقرير طبي مفصل جديد عن حالة المريض مع ذكر وزن الطفل في التقرير.

Note: If the patient suffers from any of the above-mentioned diseases or disorders, please provide us with a new detailed medical report on the patient's condition with the child's weight mentioned in the report.