Attached form 2

Rekord ng Deliberasyon ng Discharge Support Committee para sa mga Na-ospital na Pasyenteng may Proteksyong Medikal

 Petsa ng pagpupulong: (bb/aa/tt)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pangalan ng pasyente |  | Petsa ng kapanganakan | (bb) | (aa) | (tt) |
| Pangalan ng post-discharge living environment counselor |  |
| Kasalukuyang panahon ng pagkaka-ospital | Mula: (bb/aa/tt) hanggang: (bb/aa/tt) |
| Mga dumalo | Doktor ( )Nursing staff ( )Post-discharge living environment counselor ( (relasyon) )Pasyente (Dumalo/Hindi dumalo), Pamilya atbp. ) (Iba pa ( ) |
| Opinyon ng pasyente at pamilya atbp. |  |
| * Kung may kailangang baguhin o wala sa panahon ng pananatili sa ospital at sa anong dahilan
* Mga hakbang na gagawin tungo sa paglabas sa ospital
 |  |  | Mayroon/Wala |  |
|  |
| Panahon ng pananatili sa ospital matapos ang pagbabago※Simula nang ma-ospital hanggang 6 na buwan, hindi lalagpas ng 3 buwan; matapos ang 6 na buwan, hindi lalagpas ng 6 na buwan. |  | Hanggang: (bb/aa/tt) |  |
| Iba pa |  |

(Lagda ng Tagapangasiwa ng Ospital: )

(Lagda ng nagtala: )