

اسم المنتفع	رقم UCI:	تاريخ المراجعة السنوية:
-------------	----------	-------------------------

(ملف يحتوي على المراجعات السنوية في سجل المنتفع)

1. تم الانتهاء من مراجعة الحالة الصحية العامة للمنتفع بتاريخ _____.

ملخص مراجعة الحالة الصحية

(قم بتسجيل أي مخاوف ووضح ما إذا كان قد تم إجراء أي عمليات إحالة إلى الأطباء في المركز الإقليمي أو طبيب المنتفع أو الموارد الصحية الأخرى.)

2. قام فريق تخطيط IPP بمراجعة خطة IPP الخاصة بالمنتفع، المؤرخة _____، وقرر أنه لا توجد حاجة إلى خدمات أو دعم جديد، وأن خطة IPP لا تزال مناسبة لتلبية احتياجات المنتفع ورغباته. وضح سبب عدم وجود ضرورة لإجراء أي تغييرات على خطة IPP الحالية

3. قام فريق تخطيط IPP بمراجعة خطة IPP الخاص بالمنتفع، المؤرخة في _____، وعدل خطة IPP لتشمل الخدمات أو الدعم الجديد التالي.

4. قام فريق تخطيط IPP بمراجعة CDER الخاص بالمنتفع، المؤرخة _____، وقرر أنه لا توجد حاجة لإجراء أي تغييرات.

5. قام فريق تخطيط IPP بمراجعة CDER الخاص بالمنتفع، المؤرخة _____، وقد تم الانتهاء من تحديث CDER الجديد في _____.

توقيع فريق تخطيط IPP

التاريخ:	توقيع المنتفع:	
التاريخ:	التوقيع:	اسم منسق الخدمة (يرجى الكتابة بأحرف واضحة)
التاريخ:	التوقيع:	الاسم:
التاريخ:	التوقيع:	الاسم: