

Case Registration Form نموذج تسجيل الحالة	
Please complete this form for any suspected or confirmed child abuse or neglect cause, and send to the Ministry of Community Development, the Ministry of Interior, or the Community Development Authority.	الرجاء تعبئة هذه الاستمارة لأي حالة إساءات معاملة أو إهمال لطفل محتملة أو مؤكدة وإرسالها إلى وزارة التنمية الاجتماعية، وزارة الداخلية، أو هيئة التنمية الاجتماعية
1 – General Information	١ - معلومات عامة
Patient name: Age: Gender: Nationality: Emirates ID number: OR Passport number: Telephone numbers Home: Mobile:	اسم المريض: العمر: الجنس: الجنسية: رقم الهوية: أو رقم الجواز: الهاتف رقم المنزل: رقم الجوال:
Reporting person name: Relation to the child:	اسم المبلغ: صلته بالطفل:
Hospital/clinic name: Telephone number: City/town/area:	اسم المستشفى/المستوصف: الهاتف: المدنية:
Region:	المنطقة:
2 – Nature of Abuse (you can choose more than one)	٢- نوعية الاعتداء (يمكنك الاختيار أكثر من خيار)
<input type="checkbox"/> جسدي Physical <input type="checkbox"/> Bruise رضعة <input type="checkbox"/> Abrasion خدش <input type="checkbox"/> Laceration جرح <input type="checkbox"/> Burn حرق <input type="checkbox"/> Fracture كسر <input type="checkbox"/> Other آخر	
<input type="checkbox"/> جنسي Sexual <input type="checkbox"/> Assault اعتداء أو اغتصاب <input type="checkbox"/> Exploitation تحرش أو استغلال	
<input type="checkbox"/> اهمال Neglect <input type="checkbox"/> Medical طبي <input type="checkbox"/> Educational تعليمي <input type="checkbox"/> Nutritional غذائي <input type="checkbox"/> Emotional عاطفي <input type="checkbox"/> General عام <input type="checkbox"/> Abandonment هجر أو ترك	
<input type="checkbox"/> Munchausen's Syndrome by Proxy متلازمة منشهاوزن الوسطية <input type="checkbox"/> Shaken Baby Syndrome متلازمة الطفل المهزوز	
Previous Abuse: اعتداءات سابقة: <input type="checkbox"/> No لا <input type="checkbox"/> Yes, specify: نعم، عدد	
3 – Alleged Perpetrator: (only if disclosed by child, guardian, or reporter)	٣- معلومات عن المعتدي المتهم: (فقط في حالة إخبار الطفل أو المرافق أو المبلغ عنه)
<input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Known Name: Relation to the child: Emirates ID or passport number: Does the alleged perpetrator have access to the child? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	<input type="checkbox"/> مجهول <input type="checkbox"/> معروف اسمه: صلته بالطفل: رقم الهوية أو الجواز: المعتدي المتهم يستطيع الوصول للطفل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> غير معروف
4 – Documentation	٤- التوثيق

Adapted from the Abuse and Neglect National Registry

مقتبس من السجل الوطني لحالات إساءة معاملة الأطفال في المملكة العربية السعودية مع اذن للنشر.

of the Kingdom of Saudi Arabia with permission to share.

Photographs: تصوير فوتوغرافي: <input type="checkbox"/> لا No <input type="checkbox"/> نعم Yes	
STD swabs for cultures: مسحات للأمراض الجنسية: <input type="checkbox"/> لا No <input type="checkbox"/> نعم Yes	
X-rays: تصوير إشاعية: <input type="checkbox"/> لا No <input type="checkbox"/> نعم Yes	
Coagulation profile: فحص تخثر الدم: <input type="checkbox"/> لا No <input type="checkbox"/> نعم Yes	
5 – Disposition	٥- الإجراء المتخذ
Admission: التنويم: <input type="checkbox"/> Ward جناح <input type="checkbox"/> Intensive care العناية المركزة <input type="checkbox"/> Morgue الثلاجة	
Discharge: الخروج: <input type="checkbox"/> With follow-up مع موعد متابعة <input type="checkbox"/> Without follow-up بدون موعد <input type="checkbox"/> Absconded هروب <input type="checkbox"/> DAMA خروج بدون اذن طبي <input type="checkbox"/> Referral to child protection team تحويل على فريق حماية الطفل بمستشفى	
6 – Notification	٦- التبليغ
<input type="checkbox"/> Local police station الشرطة <input type="checkbox"/> Regional Principality الإمارة <input type="checkbox"/> Ministry of Social Affairs لجنة الحماية الاجتماعية <input type="checkbox"/> Other أخر	

Official stamp	الختم الرسمي	مركز حماية الطفل
		Child protection center
		رئيس فريق حماية الطفل بالمركز Head, Child Protection Team