



Medical Examination Report for Trainees

Personal data					
Name:- <i>Hajra Ayed Alford</i>	Male <input type="checkbox"/>	Nationality:- <i>Saudi</i>	Birth Date:- <i>11-11-1994</i>		
Iqama No / ID. No:- <i>1081868828</i>	Female <input checked="" type="checkbox"/>	Place Of Issue:- <i>Abha</i>	Issue Date:- <i>28-11-2024</i>	Mobile number:- <i>056348355</i>	
Specialty:- <i>Psychosomatic - psychiatry</i>	Training department:- <i>Psychiatry - psychosomatic</i>				
Trainee Category:- Fellowship <input checked="" type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Diploma <input type="checkbox"/>	Type Of Training:- <i>Fellowship</i>	Training Period:- <i>2 years</i>			
Laboratory Tests	Negative	Positive	Clinical Examination	Sound	Improper
Hepatitis B surface antigen (HBsAg)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest X-ray findings	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B surface antibody (HBsAb) titers	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Examinations of dermatologists and venereologists	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis C virus antibody (HCVAb)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychiatric Disease	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Human immunodeficiency Virus 1&2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurological Disease	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Measles antibody (Ig G)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Examination of the eyes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicella Zoster antibody (VZVAb-Ig G)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Examination of the Ears	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urine examination	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blood pressure reading	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malaria Screening	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculin Skin Test (PPD) Result in millimeters 72hr	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Musculoskeletal Disease	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blood Test	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Vaccinations	YES	NO	Date		
MMR vaccine (if measles antibody not positive)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Meningitis ACWY vaccine	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Influenza vaccine	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>13-10-2024</i>		
Hepatitis B vaccine	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>17-4-2021 / 1-7-2021 / 30-12-2021</i>		
Covid-19 vaccine	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>2-6-2015 / 2-7-2015 / 11-1-2016</i>		
Additional Screening					

(1) Result

(2) Result

Final Result: Fit for training Not fit training

Examining Date: *28-11-2024*

Notes: *Abha psychiatric hospital*

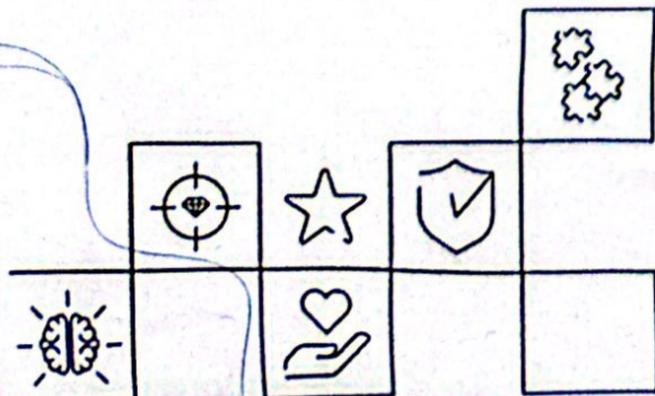
Sponsoring Institution:

Responsible Physician

Name: *Dr. Abdulrahman Asiri*

Signature: *DR. A. RAHMAN ASIRI*

Date: *28-11-2024*





إقرار وتعهد بالاطلاع والالتزام بالأنظمة والتعليمات

الاسم	هيثم دحاض ظافر ١٥٢ لفرز		
رقم الهوية	رقم الجوال	١٥٨١٨٦٨٨ ٢٨	
البرنامج التدريبي	بريد الكتروني	Hanyfahad@hmc.com	

أقر وأتعهد أنا الطبيب / الطبيبة الموضح بياناتي أعلاه بالتالي :

1. بإكمال المتطلبات الأساسية للمقر التدريبي وهي كالتالي: تعبئة بيانات المتدرب لدى المقر التدريبي - نموذج التحاليل المخبرية والتطعيمات - السيرة الذاتية - شهادة المؤهل العلمي - بطاقة تسجيل الهيئة السعودية للتخصصات الصحية - التأمين الطبي للأطباء - عقد العمل أو قرار الايفاد - دورة الانعاش القلبي الرئوي الأساسية BLS
2. أتعهد بالاطلاع والالتزام بسياسات واجراءات المقر التدريبي بالتجمع الصحي بمكة المكرمة وفي حالة الإخلال بأي منها يحق للمقر التدريبي تطبيق الأنظمة الخاصة بذلك.
3. اطلعني على اللوائح والقواعد التنفيذية للتدريب الصادرة من الهيئة السعودية للتخصصات الصحية والمنشورة على موقعها الإلكتروني ومعرفتي بطريقة الوصول إلى اللوائح والأنظمة للاطلاع على ما يطرأ عليها من تغييرات.
4. حضور اللقاء التعريفي بالمقر التدريبي.
5. حضور الدورات التدريبية الإلزامية التالية: (اساسيات مكافحة العدوى BICSL- الانعاش القلبي الرئوي المتقدم (حسب التخصص)- الانعاش القلبي الرئوي للأطفال (حسب التخصص)-الانعاش القلبي الرئوي لحدیثي الولادة (حسب التخصص)-الانعاش القلبي الرئوي المتقدم للنساء والولادة (حسب التخصص) -دورة (NRB) للراغبين في قضاء فترة تدريبية في قسم الحضانة-دورة (PALS) للراغبين في قضاء فترة تدريبية في أقسام الولادة والأطفال المختلفة (طوارئ الأطفال - العناية المركزة للأطفال)
6. الالتزام بضوابط الزي الرسمي ولبس الملابس الشرعية حسب تعليمات الدين الحنيف والتقاليد. والالتزام بالزي الرسمي المقرر حسب التصنيف الوظيفي والالتزام بالمظهر الحسن.
7. الالتزام بالسرية والالتزام بأخلاقيات المهنة الطبية والمحافظة على سرية وامن جميع المعلومات والبيانات وعدم الإفصاح عن أي معلومة متعلقة بالمريض او عائلته والتعامل مع الزملاء بمهنية لائقة وحماية كلمة السر الخاصة بي للدخول على شبكة المستشفى وعدم إعطائها لأي شخص و أن التزم بعدم استخدام أي جهاز هاتف نقال أو أي أداة تصوير لالتقاط الصور أو مقاطع الفيديو لأي من أماكن التدريب أو حرم المقر التدريبي

أقر بأنني بهذا التعهد والالتزام أفهم وأعي ما هو مطلوب مني فيما يخص الأنظمة والتعليمات وضوابط الزي الرسمي والحفاظ على أمن وسرية البيانات والمعلومات التي تصل إلي من خلال عملي وأتحمل كافة المسؤولية الإدارية والقانونية في حالة الإخلال بما ورد في هذا الإقرار و التعهد .

التاريخ : ٥ - ٢ - ٢٠٢٠

التوقيع :



نموذج تدريب مؤقت

Trainee's Name/ <u>Hayfa Ayed Dhafer AL-Alford</u> / اسم المتدرب / <u>هيفاء عايض ظفر آل الفرد</u>	
Age/ <u>33</u> Sex/ <input checked="" type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male العمر/ <u>٣٣</u> الجنس/ <input checked="" type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر	
National ID / <u>1081868828</u>	رقم الهوية / <u>1081868828</u>
E-mail / <u>Hayfa.alford@hotmail.com</u>	البريد الإلكتروني / <u>Hayfa.alford@hotmail.com</u>
Mobile No/ <u>0563483552</u>	رقم الجوال / <u>٠٥٦٣٤٨٣٥٥٢</u>
Specialty/	التخصص / <u>طب نفسي</u>
Collage/University/ Hospital/ <u>Alha psychiatric hospital - Mof</u>	الجامعة/ الكلية/ المستشفى / <u>مستشفى الصحة النفسية - أ.ح. - وزارة الصحة</u>

Department Of Training/ <u>Psychosomatic</u>	قسم التدريب / <u>الطب النفسي الجسدي</u>
Type of the Training/ <input type="checkbox"/> Paid <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Intern <input type="checkbox"/> Resident Level/ <u>Fellow-1</u>	نوع التدريب / <input type="checkbox"/> باجر <input type="checkbox"/> طالب <input type="checkbox"/> طالب إمتياز <input type="checkbox"/> مقيم مستوى / <u>١ - أ.ح.</u>
Training Period/ <u>2 years</u>	فترة التدريب / <u>سنتين</u>
From/ <u>1-1-2025</u> Until/ <u>31-12-2026</u>	من / <u>١-١-٢٠٢٥</u> الى / <u>٣١-١٢-٢٠٢٦</u>

إتفاقية سرية المعلومات / وتعهد الإلتزام بالتعليمات

1. الإلتزام بأوقات الدوام الرسمي وكامل ساعات العمل.
2. أداء المهام الموكلة وإجاز الأعمال حسب توجيه مشرف التدريب.
3. الاحترام وحسن التعامل مع الزملاء والمرضى.
4. المحافظة على السلوك والأداب العامة.
5. المحافظة على أمن البيانات وسرية المعلومات التي أطلع عليها، وعدم إفشائها.
6. عمل إجراءات إخلاء الطرف وتسليم بطاقة تعريف المتدرب لإدارة الأمن والسلامة.

أقر أنا هيفاء عايض آل الفرد بأنني قد قمت بقراءة " التعليمات الخاصة بالمتدربين " وفهمت جميع ماجاء فيها من بنود، وسأقوم بالإلتزام بجميع القوانين والتشريعات الواردة فيها . وأنا على علم ودراية بأن أي إفصاح عن أي معلومة متعلقة بالمرضى أو عائلته أو العاملين في مدينة الملك عبد الله الطبية أو إدارتها ينتج عنه إنهاء تدريبي مباشرة و المسائلة القانونية. كما أنني التزم بعدم استخدام أي جهاز هاتف نقال أو أي أداة تصوير لإلتقاط الصور أو مقاطع الفيديو لأي من أماكن التدريب . حيث أن هذا الفعل سينتج عنه إنهاء تدريبي حالا، و تعريضي للمسائلة القانونية.

التوقيع: هيفاء عايض آل الفرد

التاريخ: ٢٠٢٥/١٢/٠١

اسم المتدرب/ هيفاء عايض آل الفرد