

نموذج تدريب مؤقت

Trainee's Name/ AHMED MOHAMMED ALI ALTHOBAITI	اسم المتدرب / أحمد محمد علي الثبتي
Age/ 31 Sex/ ☐ Female ☒ Male	العمر / 31 الجنس / ☒ ذكر ☐ أنثى
National ID / 1 0 8 6 0 0 1 5 5 7	رقم الهوية / 1 0 8 6 0 0 1 5 5 7
E-mail / a11a2008@hotmail.com	البريد الإلكتروني / a11a2008@hotmail.com
Mobile No/ 0552887809	رقم الجوال / 0552887809
Specialty/ INTERNAL MEDICINE	التخصص / الطب الباطني
Collage/University/ Hospital/ PRINCE MANSOUR MILITARY HOSPITAL	الجامعة/الكلية/المستشفى / مستشفى الأمير منصور العسكري

Department Of Training/ ONCOLGY	قسم التدريب / طب الأورام لدى الكبار
Type of the Training/ ☒ Paid ☐ Student ☐ Intern ☐ Resident Level/Fellowship	نوع التدريب / ☐ باجر ☐ طالب ☐ طالب إمتياز ☐ مقبم مستوى / زمالة
Training Period/ 2 years	فترة التدريب / سنتين
From/ 01/01/2025 Until/ 31/12/2026	من / 2025/01/01 إلى / 2026/12/31

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 والآداب 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 أحمد محمد علي الثبتي بأنني قد قمت بقراءة " التعليمات الخاصة بالتدرب " وفهمت جميع ما جاء فيها من بنود، وسأقوم بالإلتزام بجميع القوانين والتشريعات الواردة فيها . وأنا على علم ودراية بأن أي إفصاح عن أي معلومة متعلقة بالمريض 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 للإلتقاط الصور أو مقاطع الفيديو لأي من أماكن التدريب . حيث أن هذا الفعل سينتج عنه إنهاء تدريبي حالا، و تعرضي للمسائلة القانونية.



التاريخ: 2025/01/06 التوقيع:

اسم المتدرب / أحمد محمد علي الثبتي



إقرار وتعهد بالاطلاع والالتزام بالأنظمة والتعليمات

الاسم	احمد محمد علي الثبيتي		
رقم الهوية	١٠٨٦٠٠١٥٥٧	رقم الجوال	٠٥٥٢٨٨٧٨٠٩
البرنامج التدريبي	طب الأورام لدى الكبار	بريد الكتروني	a11a2008@hotmail.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 وإجراءات 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: (أساسيات مكافحة العدوى BICSL - الانعاش القلبي الرئوي المتقدم (حسب التخصص) - الانعاش القلبي الرئوي للأطفال (حسب التخصص) - الانعاش القلبي الرئوي لحديثي 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 وأمن جميع المعلومات والبيانات وعدم الإفصاح عن أي معلومة متعلقة بالمريض أو عائلته والتعامل مع الزملاء بمهنية ولأمانة 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 : ٢٠٢٥/١١/٠٦ م

التوقيع :





Medical Examination Report for Trainees

Personal data						
Name:- AHMED MOHAMMED ALI ALTHOBAITI		Male ☒ Female ☐	Nationality:- SAUDI	Birth Date:- 14/11/1993		
Iqama No / ID. No:-1086001557	Place Of Issue:- PRINCE MANSOUR MILITARY HOSPITAL	Issue Date:- 2025/01/06	Mobile number:- 0552887809			
Specialty: - INTERNAL MEDICINE		Training department: - ONCOLGY				
Trainee Category: - Fellowship ☒ General ☐ Diploma ☐		Type Of Training: - Fellowship	Training Period:- 01/01/2025 - 31/12/2026			
Laboratory Tests		Negative	Positive	Clinical Examination	Sound	Improper
Hepatitis B surface antigen (HBsAg)		☒	☐	Chest X-ray findings	☒	☐
Hepatitis B surface antibody (HBsAb) titers		☒	☐	Examinations of dermatologists and venereologists	☒	☐
Hepatitis C virus antibody (HCVAb)		☒	☐	Psychiatric Disease	☒	☐
Human immunodeficiency Virus 1&2		☒	☐	Neurological Disease	☒	☐
Measles antibody (Ig G)		☒	☐	Examination of the eyes	☒	☐
Varicella Zoster antibody (VZVAb-Ig G)		☒	☐	Examination of the Ears	☒	☐
Urine examination		☒	☐	Blood pressure reading	☒	☐
Malaria Screening		☒	☐	Extremities	☒	☐
Tuberculin Skin Test (PPD) Result in millimeters 72hr		☒	☐	Musculoskeletal Disease	☒	☐
Blood Test		☒	☐			
Vaccinations		YES	NO	Date		
MMR vaccine (if measles antibody not positive)		☒	☐	6.1.25		
Meningitis ACWY vaccine		☒	☐	6.1.25		
Influenza vaccine		☒	☐	23.10.24		
Hepatitis B vaccine		☒	☐	8.9.24		
Covid-19 vaccine		☒	☐	3 doses last 11.1.2022		
Additional Screening						
(1)		Result				
(2)		Result				

Final Result: Fit for training ☒ Not fit training ☐

Examining Date: 06.01.2025

Notes:

Sponsoring Institution:



Responsible Physician

Name: Dr. MUTEB ALQARNI
F.M. Senior Registrar
1684

Signature:

Date: 06.01.2025

OFFICIAL STAMP



T. +966 12 500 0000

Makkah, KSA, P.O.Box 24246

www.makkahhc.sa