



نموذج تدريب مؤقت

Trainee's Name/	اسم المتدرب/ عبدالله علي الغامدي
Age/ Sex/ ☐ Female ☐ Male	العمر/ ٢٤ الجنس/ ☒ ذكر ☐ أنثى
National ID /	رقم الهوية/ 1 0 7 1 8 4 2 5 2 8
E-mail /	البريد الإلكتروني/ Aalghamdi766@moh.gov.sa
Mobile No/	رقم الجوال/ 0542822045
Specialty/	التخصص/ Palliative medicine
Collage/University/ Hospital/	الجامعة/الكلية/المستشفى/ KAMC

Department Of Training/	قسم التدريب/ Palliative medicine
Type of the Training/	نوع التدريب/ ☒ طاجر ☐ طالب ☐ طالب إمتياز ☐ مقيم ☐ مستوى/
Training Period/	فترة التدريب/ سنتين
From/ Until/	من/ 1/1/2025 الى/ 31/12/2026

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 عبدالله الغامدي 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 افصاح 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 لإلتقاط الصور أو مقاطع الفيديو لأي من أماكن التدريب . حيث أن هذا الفعل سينتج عنه إنهاء تدريبي حالا، و تعريضي للمسائلة القانونية.

اسم المتدرب/ عبدالله علي الغامدي التاريخ: ٢٢ / ١٢ / ٢٠٢٤ التوقيع:



إقرار وتعهد بالاطلاع والالتزام بالأنظمة والتعليمات

الاسم	عبد الله علي عبدالله الغامدي		
رقم الهوية	1071842528	رقم الجوال	0542822045
البرنامج التدريبي	Palliative medicine	بريد الكتروني	Aalghamdi766@moh.gov.sa

أقر وأتعهد أنا الطبيب / الطبية الموضح بياناتي أعلاه بالتالي :

1. بإكمال المتطلبات الأساسية للمقر التدريبي وهي كالتالي: تعبئة بيانات المتدرب لدى المقر التدريبي - نموذج التحليل 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. اطلع 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 لحدثي 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 : ١٤٤٢ / ١٢ / ٢٩

التوقيع :



Picture
الصورة

Medical Examination Report for Trainees

٧٧٧
١٤٤٢/٢/١٤

Personal data

Name:- Abdullah Ali Alghamdi

Male ☒

Female ☐

Nationality:- Saudi

Birth Date:- 5.5.1990

Iqama No / ID. No:- 1071842528

Place Of Issue:- Makkah

Issue Date:-

Mobile number:- 0542822045

Specialty:- Palliative medicine

Training department:- Palliative

Trainee Category:-

Fellowship ☐ General ☐ Diploma ☐

Type Of Training:-

Training Period:-

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) ☒

☐

☐

Meningitis ACWY vaccine ☒

☐

☐

Influenza vaccine ☒

☐

☐

Hepatitis B vaccine ☒

☐

☐

Covid-19 vaccine ☒

☐

☐

Additional Screening

(1)

Result

(2)

Result

Final Result: Fit for training ☒

Not fit training ☐

Examining Date: مدير مركز الفحص الطبي الشامل

بصحة العاصمة المقدسة

Notes:

Sponsoring Institution: عبد الله بن محمد السالك

Responsible Physician

Name: Dr. Hussam Alhazmi

Signature:

Date:

