



Medical Examination Report for Trainees (نموذج الكشف الطبي للمتدربين)

Nationality (الجنسية)	Birth Date (تاريخ الميلاد) ١٦/٢/١٤١٦هـ	☐ Male (ذكر) ☐ Female (أنثى)	(Name) الاسم		
Issue Date (تاريخ الإصدار)	Place Of Issue (المصدر)	Iqama No / ID. No (رقم الهوية / الإقامة)			
Sub specialty (التخصص الدقيق)	Training department (القسم المراد التدريب فيه)				
Trainee Category (فئة المتدرب) Student ☐ Intern ☐ Graduate ☐ Employee ☐	Type Of Training (نوع التدريب) Paid ☐ Free ☒	Training period (مدة التدريب)			
(الفحوصات المخبرية) Laboratory Tests	Negative (سلبى) ☒	Positive (إيجابى) ☐	(الكشف الإكلينيكي) Clinical Examination	Sound (سليم) ☒	Improper (غير سليم) ☐
Stool Examination	☒	☐	Derm./ven.Di (أمراض جلدية/تناسلية)	☒	☐
Urine examination	☒	☐	Psyc.Dis (أمراض نفسية)	☒	☐
Malaria screening	☐	☐	Neuro. Dis (أمراض عصبية)	☐	☐
HIV 1&2	☒	☐	Eye (فحص العينين)	☒	☐
HBs Ag	☒	☐	Ear (فحص الأذن)	☒	☐
HBc Ab	☒	☐	Blood Pressure (ضغط الدم)	☒	☐
Anti HCV	☒	☐	Heart Exam. (فحص القلب)	☒	☐
Syphilis	☒	☐	Chest Exam. (فحص الصدر)	☒	☐
TST (TUBERCULIN TEST)	☐	☐	Abdomen (فحص البطن)	☐	☐
Chest X-ray for TB	☒	☐	Extremities (فحص الأطراف)	☒	☐
Required Vaccinations: التطعيمات المطلوبة:					
Hepatitis B or HBs Ab >10 IU/L		Varicella zoster or positive VZV -IgG			

Final Result (النتيجة النهائية): Fit for training (لائق طبياً للتدريب) ☐ Not fit for training (غير لائق طبياً للتدريب) ☐

Examining Date (تاريخ الفحص):

Signature (التوقيع):

Physician (الطبيب)
Dr. MAZZAH B. ELABADY
Medical Resident

Name (الاسم):

King Abdullah Medical City in Holy Capital - Academic Affairs - الشؤون الأكاديمية - مدينة الملك عبد الله الطبية بالعاصمة المقدسة - P.O.Box : 57657 - Post Code : 21955
Kingdom of Saudi Arabia - Tel : +966 2 5664475 Fax : +966 2 5664663
WWW.Kamc.med.sa