



مدينة الملك عبد الله الطبية
KING ABDULLAH MEDICAL CITY

المملكة العربية السعودية Kingdom of Saudi Arabia
وزارة الصحة Ministry of Health
مدينة الملك عبد الله الطبية بالمدينة المنورة King Abdullah Medical City in Holy Capital

نموذج تدريب مؤقت

Trainee's Name/ <u>Reham Mohammed A. Al-Hadhrami</u>	اسم المتدرب / <u>رهام محمد دعوي الحذرمي</u>
Age/ <u>36</u> Sex/ ☒ Female ☐ Male	العمر / <u>36 سنة</u> الجنس / ☒ أنثى ☐ ذكر
National ID / <u>1066007103</u>	رقم الهوية / <u>1066007103</u>
E-mail / <u>alhadhrami.r@gmail.com</u>	البريد الإلكتروني / <u>alhadhrami.r@gmail.com</u>
Mobile No/ <u>0555514855</u>	رقم الجوال / <u>0555514855</u>
Specialty/ <u>Internal Medicine</u>	التخصص / <u>باطنة عامة</u>
Collage/University/ Hospital/ <u>King Abdulaziz Hospital Makkah</u>	الجامعة / الكلية / المستشفى / <u>مستشفى الملك عبدالعزيز مكة</u>

Department Of Training/ <u>Endocrinology and Metabolism</u>	قسم التدريب / <u>الغدد الصماء والاضطرابات</u>
Type of the Training/ <u>Fellowship</u>	نوع التدريب / <u>التخصص الدقيق</u>
☐ Paid ☐ Student ☐ Intern ☐ Resident Level/ <u>F1</u>	☐ باجر ☐ طالب ☐ طالب إمتياز ☐ مقيم مستوى / <u>F1</u>
Training Period/ <u>2 years</u>	فترة التدريب / <u>سنتين</u>
From/ <u>01/01/2025</u> Until/ <u>31/12/2027</u>	من / <u>٢٠٢٥/١/١</u> الى / <u>٢٠٢٧/١٢/٣١</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 رهام محمد دعوي الحذرمي بأنني قد قمت بقراءة " التعليمات الخاصة بالتدربين " وفهمت جميع ما جاء فيها من بنود، وسأقوم بالإلتزام بجميع القوانين والتشريعات الواردة فيها . وأنا على علم ودراية بأن أي افصاح 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/

التاريخ: ٢٠٢٥/١/١

اسم المتدرب/ رهام محمد دعوي الحذرمي



إقرار وتعهد بالاطلاع والالتزام بالأنظمة والتعليمات

الاسم	رهاد محمد عويش الحزمي
رقم الهوية	١٠٦٦٠٠٧١٠٣
البرنامج التدريبي	الغد الصفاء والاحتقار
بريد الكتروني	alhadhmani.r@gmail.com
رقم الدوال	٠٥٥٥٥١٤٨٥٥

أقر وأتعهد أنا الطبيب / الطبية الموضح بياناتي أعلاه بالتالي :

1. إكمال 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 للطباء - 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: (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 أهم 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 : ٢٠٢٥/١/١

التوقيع :





Medical Examination Report for Trainees

Personal data					
Name: <u>Reham Mohammed A. AL-Hadhrani</u>		Male ☐	Nationality: <u>Saudi</u>	Birth Date: <u>02/09/1410</u>	
Female ☒					
Iqama No / ID. No: <u>1066007103</u>		Place Of Issue: <u>KAAH</u>		Issue Date: <u>31/12/2024</u>	
Mobile number: <u>0555514855</u>					
Specialty: <u>Internal Medicine</u>		Training department: <u>Endocrinology and Metabolism</u>			
Trainee Category: -		Type Of Training: <u>Fellowship</u>		Training Period: <u>2 years</u>	
Fellowship ☒ General ☐ Diploma ☐					
Laboratory Tests		Negative	Positive	Clinical Examination	Sound
Hepatitis B surface antigen (HBsAg)		☒	☐	Chest X-ray findings	☒
Hepatitis B surface antibody (HBsAb) titers <u>506</u>		☐	☒	Examinations of dermatologists and venereologists	☒
Hepatitis C virus antibody (HCVAb)		☒	☐	Psychiatric Disease	☒
Human immunodeficiency Virus 1&2		☒	☐	Neurological Disease	☒
Measles antibody (Ig G) <u>(306.5)</u>		☒	☐	Examination of the eyes	☒
Varicella Zoster antibody (VZVAb-Ig G) <u>(1197)H</u>		☒	☐	Examination of the Ears	☒
Urine examination		☒	☐	Blood pressure reading	☒
Malaria Screening		☒	☐	Extremities	☒
Tuberculin Skin Test (PPD) Result in millimeters 72hr <u>8mm</u>		☒	☐	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: 31/12/2024

Notes:

Sponsoring Institution: King Abdulaziz Hospital (KAAH) - Makkah

Responsible Physician

Name: Dr. Reem W. Brashi

Signature: General practitioner
51658710

Date: 31/12/2024

