



## Medical Examination Report for Trainees

((نموذج الكشف الطبي للمتدربين))

|                                                                                                                                                                                   |                                                                                                          |                                                                                          |                                            |                                     |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Nationality (الجنسية)<br>سعودي                                                                                                                                                    | Birth Date (تاريخ الميلاد)<br>١٤١٧/٢/١٩                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> Male (ذكر)<br><input type="checkbox"/> Female (أنثى) | (Name) الاسم<br>نايف محمد المطرشي          |                                     |                          |
| Issue Date (تاريخ الإصدار)<br>١٤٤١/٤/١٩                                                                                                                                           | Place Of Issue (المصدر)<br>مكة المكرمة                                                                   | Iqama No / ID. No (رقم الهوية / الإقامة)<br>١٠٩٢٦٨٦٨٦٢                                   |                                            |                                     |                          |
| Sub specialty (التخصص الدقيق)                                                                                                                                                     | Training department (القسم المراد التدريب فيه)<br>الجراحة العامة                                         |                                                                                          |                                            |                                     |                          |
| Trainee Category (فئة المتدرب)<br>Student <input type="checkbox"/> Intern <input type="checkbox"/> Graduate <input type="checkbox"/> Employee <input checked="" type="checkbox"/> | Type Of Training (نوع التدريب)<br>Paid <input checked="" type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> | Training period (مدة التدريب)<br>٥ سنوات                                                 |                                            |                                     |                          |
| (الفحوصات المخبرية)<br>Laboratory Tests                                                                                                                                           | Negative (سليم)                                                                                          | Positive (إيجابي)                                                                        | (الكشف الإكلينيكي)<br>Clinical Examination | Sound (سليم)                        | Improper (غير سليم)      |
| Stool Examination                                                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                 | Derm./ven.Di (أمراض جلدية/تناسلية)         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Urine examination                                                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                 | Psyc.Dis (أمراض نفسية)                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Malaria screening                                                                                                                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                 | Neuro. Dis (أمراض عصبية)                   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HIV 1&2                                                                                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                 | Eye (فحص العينين)                          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HBs Ag                                                                                                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                 | Ear (فحص الأذن)                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HBc Ab                                                                                                                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                 | Blood Pressure (ضغط الدم)                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anti HCV                                                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                 | Heart Exam. (فحص القلب)                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Syphilis                                                                                                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                 | Chest Exam. (فحص الصدر)                    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| TST (TUBERCULIN TEST)                                                                                                                                                             | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                 | Abdomen (فحص البطن)                        | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chest X-ray for TB                                                                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                      | <input type="checkbox"/>                                                                 | Extremities (فحص الأطراف)                  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Required Vaccinations: التطعيمات المطلوبة:                                                                                                                                        |                                                                                                          |                                                                                          |                                            |                                     |                          |
| Hepatitis B or HBs Ab >10 IU/L                                                                                                                                                    | ١٥                                                                                                       | Varacilla zoster or positive VZV -IgG                                                    |                                            | M <sup>+</sup> SPECIALIST           |                          |

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

Examining Date (تاريخ الفحص):

F.M SPECIAL

: Signature (التوقيع)

Ministry of Health  
إدارة الصحة العامة  
مدينة الملك عبد الله الطبية بالعاصمة المقدسة - الشؤون الأكاديمية

: Name (الاسم)