



Medical Examination Report for Trainees

Personal data					
Name:- Elaf Mohammed Al-Madabgy		Male ☐	Nationality:- Saudi		Birth Date:- 6/6/1991
Female ☒					
Iqama No / ID. No:- 1076195203		Place Of Issue:- 15/12/24		Issue Date:- MOH/KFH	Mobile number:- 0564524456
Specialty:- Pulmonary Medicine		Training department:- Pulmonary Medicine			
Trainee Category:-		Type Of Training:- Fellowship		Training Period:- 2 years	
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		☒	☐	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: 15/12/24

Notes: Fit for training

Sponsoring Institution: MOH-KFH

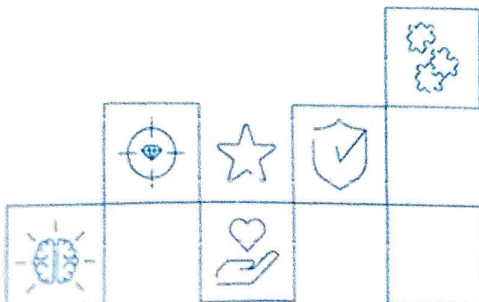
Responsible Physician

Name: Dr. Amr Almal

Signature: _____

Date: 15/12/2024

وزارة الصحة التجمع
الطبي
مكة المكرمة
العيادة الخارجية





إقرار وتعهد بالاطلاع والالتزام بالأنظمة والتعليمات

الاسم	إيلاف محمد حسن المرادي		
رقم الهوية	١٠٧٦١٩٥٩٠٣	رقم الجوال	١٠٦٤٥٩٤٤٥٦
البرنامج التدريبي	طبيب الجهاز الهضمي لدى النسار	بريد الكتروني	dr.Elazf1199@hotmail.com

أقر وأتعهد أنا الطبيب / الطبية 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 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: (اساسيات 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 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: ١٥/١٢/٢٤

التوقيع:





نموذج تدريب مؤقت

Trainee's Name/ <u>Elaf Mohammed Al-Madaby</u>	اسم المتدرب / <u>الإلاف محمد عبد الله المدعي</u>
Age/ <u>32</u> Sex/ ☒ Female ☐ Male	العمر / <u>32</u> الجنس / ☒ أنثى ☐ ذكر
National ID / <u>1076195203</u>	رقم الهوية / <u>1076195203</u>
E-mail / <u>dr.Elaf1199@hotmail.com</u>	البريد الإلكتروني / <u>dr.Elaf1199@hotmail.com</u>
Mobile No/ <u>0564524456</u>	رقم الجوال / <u>0564524456</u>
Specialty/ <u>Pulmonary Medicine</u>	التخصص / <u>طبي الجهاز التنفسي لدى الكبار</u>
Collage/University/ Hospital/ <u>From MOH</u>	الجامعة/الكلية/المستشفى / <u>مستشفى الملك عبد الله</u>

Department Of Training/ <u>Internal Medicine</u>	قسم التدريب / <u>الباطنة</u>
Type of the Training/ <u>Fellowship</u>	نوع التدريب / <u>مقيم</u>
☐ Paid ☐ Student ☐ Intern ☐ Resident Level/	☐ باجر ☐ طالب ☐ طالب إمتياز ☐ مقيم مستوى/
Training Period/ <u>2 years</u>	فترة التدريب / <u>سنتين</u>
From/ <u>11/1/25</u> Until/ <u>31/12/26</u>	من / <u>11/1/25</u> الى / <u>31/12/26</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 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.

أقرنا الإلاف المدعي بأنني قد قمت بقراءة " التعليمات الخاصة بالتدربين " وفهمت جميع ماجاء 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 تعريضني للمسائلة القانونية.

التوقيع

التاريخ: 15/12/24

اسم المتدرب / الإلاف المدعي



(قرار إيفاد)

الاسم	إبراهيم محمد حسين المدابقي	السجل المدني	١٧٦١٩٥٢٠٣
المسمى الوظيفي	طبيب نائب	رقم الموظف	٢٥٣٩٩٧٦
نوع العقد	خدمة مدنية	جهة العمل	مستشفى الملك فيصل
الدرجة العلمية	الزمالة تخصص دقيق	التخصص	طب الجهاز التنفسي لدى الكبار
الجهة الموفد لها	الهيئة السعودية للتخصصات الصحية	مقر التدريب	تجمع مكة المكرمة الصحي
بداية القرار	٢٠٢٥/١/١	نهاية القرار	٢٠٢٦/١٢/٣١
مدة الإيفاد	سنتين		

إن الرئيس التنفيذي لتجمع مكة المكرمة الصحي

بما صدر له من صلاحيات مالية وإدارية بموجب قرار معالي وزير الصحة رقم (١١٠٤٥-١١٥٦٨٣) وتاريخ ١٤٤٦/١/١٨هـ والقرار الوزاري رقم (٤-٤٦-٨٠٧) وتاريخ ١٤٤٦/١/١٦هـ القاضي بتكليف الرئيس التنفيذي لتجمع مكة المكرمة الصحي وإشارة إلى قرار تشكيل لجنة فنية للبت في طلبات الإيفاد الداخلي والابتعاث الخارجي بتجمع مكة المكرمة الصحي رقم (٧٠٢-٤٤-١٠٤٩١) وتاريخ ١٤٤٤/٩/٥هـ وموافقة اللجنة في محضرها العاشر لعام ٢٠٢٤هـ والمنعقدة في ٢٠٢٤/١٢/٠٨هـ واستناداً إلى أحكام ولوائح الإيفاد الداخلي والابتعاث الخارجي وبما تقتضيه مصلحة العمل .

فقد تقرر ما يلي:

- ١- إيفاد الموظف الموضح اسمه وبياناته حسب ما هو موضح في الجدول أعلاه بموجب أحكام لائحة الإيفاد الداخلي والابتعاث الخارجي مع مراعاة كل ما يطرأ عليها من تعديلات إدارية ومالية .
- ٢- يبلغ هذا القرار لمن يلزم لاعتماده والتمشي بموجبه.
- ٣- على الموفد الرفع بمعاملة تمديد الإيفاد لدى مقر العمل قبل انتهاء قرار الإيفاد بشهرين على الأكثر في حال التعذر أو احتياج مدة إضافية حسب متطلبات البرنامج.
- ٤- على الموفد التوجه إلى إدارة الشؤون الأكاديمية والتدريب بالتجمع الصحي بمكة المكرمة بعد الانتهاء من الإيفاد لإنهاء إجراءات مباشرته خلال عشرة أيام من تاريخ انتهاء مدة قرار الإيفاد أو حصوله على المؤهل الموفد له أو إخلاء طرفه من الجهة التعليمية أيهم أولاً.
- ٥- يلغى هذا القرار كل ما يتعارض معه من قرارات سابقة.

الرئيس التنفيذي لتجمع مكة المكرمة الصحي

الدكتور /

حاتم بن أحمد العمري

- صورة واساس المعاملة لجهة العمل (مستشفى الملك فيصل) لتسجيل القرار بنظام موارد وتوقيع الموفد على نموذج إقرار موفد وإخلاء الطرف وتوجيه لمقر البرنامج.
- صورة لإدارة التنفيذية لخدمات الموارد البشرية بتجمع مكة المكرمة الصحي للعلم والإحاطة.
- صورة لإدارة التنفيذية لتخطيط القوى العاملة بتجمع مكة المكرمة الصحي للعلم والإحاطة.
- صورة لإدارة الرواتب والأنظمة بتجمع مكة المكرمة الصحي لإكمال اللازم.