



Medical Examination Report for Trainees
(نموذج الكشف الطبي للمتدربين)



Nationality (الجنسية) Saudi	Birth Date (تاريخ الميلاد) 21/10/1994	☐ Male (ذكر) ☒ Female (أنثى)	Name (الاسم) Fahma A. Al-Hosni		
Issue Date (تاريخ الإصدار)	Place Of Issue (المصدر)	Iqama No / ID. No (رقم الهوية / الإقامة) 6095225064			
Sub specialty (التخصص الدقيق) Adult Neurology	Training department (القسم المراد التدريب فيه) Neurology				
Trainee Category (فئة المتدرب) Student ☐ Intern ☐ Graduate ☐ Employee ☒	Type Of Training (نوع التدريب) Paid ☐ Free ☐	Training period (مدة التدريب) 4 years			
Laboratory Tests (الفحوصات المخبرية)	Negative (سلب)	Positive (إيجابي)	Clinical Examination (الكشف الإكلينيكي)	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) <i>mm</i>	☒	☐	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): 4/19/2021

Physician (الطبيب المسؤول)

Signature (التوقيع)

EXT. 2721
Employee Health Clinic

Name (الاسم):