



Medical Examination Report for Trainees
(نموذج الكشف الطبي للمتدربين)

٢٦١
٢١٨
١٤٤٤م

Nationality (الجنسية)	Birth Date (تاريخ الميلاد) 21/10/1997	☒ Male (ذكر) ☐ Female (أنثى)	(Name) الاسم يزيد علي صالح الجابري			
Issue Date (تاريخ الإصدار)	Place Of Issue (المصدر)	Iqama No / ID. No (رقم الهوية / الإقامة) 1107995878				
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)				
Laboratory Tests (الفحوصات المخبرية)	Negative (سليم)	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)	☐	☐	Abdomen (فحص البطن)	☒	☐	
Chest X-ray for TB	☒	☐	Extremities (فحص الأطراف)	☒	☐	
Required Vaccinations: التطعيمات المطلوبة:						
Hepatitis B or HBs Ab >10 IU/L	Positive 957.37 mIU/mL		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):

.....

Physician (الطبيب)

Dr. MAZZAH B. ELABADY
Medical Resident

Signature (التوقيع)

معزة سري

Name (الاسم)