



Medical Examination Report for Trainees

((نموذج الكشف الطبي للمتدربين))

Nationality (الجنسية) Saudi	Birth Date (تاريخ الميلاد) 24/6/1992	☐ Male (نكر) ☒ Female (أنثى)	(Name) الاسم Almawleh... Fawzan		
Issue Date (تاريخ الإصدار)	Place Of Issue (المصدر) 454	Iqama No / ID. No (رقم الهوية / الإقامة) 1100012382			
Sub specialty (التخصص الدقيق) ICU	Training department (القسم المراد التدريب فيه) ICU				
Trainee Category (فئة المتدرب) Student ☐ Intern ☒ Graduate ☐ Employee ☐	Type Of Training (نوع التدريب) Paid ☐ Free ☒	Training period (مدة التدريب) 2 months			
Laboratory Tests (الفحوصات المخبرية)	Negative (سلبى)	Positive (إيجابى)	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:					
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): 20/10/2022

Physician (الطبيب)

Signature (التوقيع)

ABDULAH MEDICAL CITY
MEDICAL CONSULTANT
534218

Name (الاسم):

King Abdullah Medical City in Holy Capital

Kingdom of Saudi Arabia - Tel : +966 2 5664475 Fax : +966 2 5664663

WWW.Kamc.med.sa

مدينة الملك عبد الله الطبية بالعاصمة المقدسة - الشؤون الأكاديمية - P.O.Box : 57657 - Post Code : 21955