

نموذج تدريب مؤقت

Trainee's Name/ <u>Yasser Saeed Saeed Alkhyami</u>	اسم المتدرب/ <u>ياسر سعيد سعيد الحماني</u>
Age/ <u>35</u> Sex/ <input type="checkbox"/> Female <input checked="" type="checkbox"/> Male	العمر/ <u>35</u> الجنس/ <input type="checkbox"/> أنثى <input checked="" type="checkbox"/> ذكر
National ID / <u>1061438444</u>	رقم الهوية/ <u>1061438444</u>
E-mail / <u>Yasser_saeed.s@hotmail.com</u>	البريد الإلكتروني/ <u>Yasser_saeed.s@hotmail.com</u>
Mobile No/ <u>0540095100</u>	رقم الجوال/ <u>0540095100</u>
Specialty/ <u>ICU</u>	التخصص/ <u>طب الرعاية الحرجة للكبار</u>
Collage/University/ Hospital/ <u>SCFHS</u>	الجامعة/الكلية/المستشفى/ <u>مستشفى السميرية للتخصصات الحرجة</u>

Department Of Training/ <u>ICU</u>	قسم التدريب/ <u>طب الرعاية الحرجة للكبار</u>
Type of the Training/ <input type="checkbox"/> Paid <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Intern <input type="checkbox"/> Resident <input checked="" type="checkbox"/> Fellow Level/ <u>F1</u>	نوع التدريب / <input type="checkbox"/> باجر <input type="checkbox"/> طالب <input type="checkbox"/> طالب إمتياز <input type="checkbox"/> مقيم <input checked="" type="checkbox"/> زميل <input type="checkbox"/> F1 مستوى
Training Period/ <u>2 Years</u>	فترة التدريب / <u>سنتين</u>
From/ <u>1-1-2024</u> Until/ <u>31-12-2025</u>	من/ <u>1-1-2024</u> إلى/ <u>31-12-2025</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 والأداب 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.

أقر أنا ياسر سعيد سعيد الحماني بأنني قد قمت بقراءة " التعليمات الخاصة بالمتدربين " وفهمت جميع ماجاء فيها من بنود، وسأقوم بالإلتزام بجميع القوانين والتشريعات الواردة فيها . وأنا على علم ودراية بأن أي إفصاح عن أي معلومة متعلقة بالمريض 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 تعريضى للمسائلة القانونية.

اسم المتدرب/ ياسر سعيد سعيد الحماني التاريخ: ١٠/١/٢٠٢٤ التوقيع: [Signature]



Medical Examination Report for Trainees

Personal data					
Name:- Yasser Saeed Saeed Alkheyani		Male <input checked="" type="checkbox"/>	Nationality:- Saudi	Birth Date:- 16-6-1989	
Female <input type="checkbox"/>		Issue Date:-		Mobile number:- 0540095100	
Iqama No / ID. No:- 1061438444		Place Of Issue:- Makkah		Issue Date:-	
Specialty:- ICU		Training department:- ICU			
Trainee Category:- Fellowship <input checked="" type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Diploma <input type="checkbox"/>		Type Of Training:- Fulltime		Training Period:- 2 years	
Laboratory Tests		Negative	Positive	Clinical Examination	Sound
Hepatitis B surface antigen (HBsAg)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest X-ray findings	<input checked="" type="checkbox"/>	
Hepatitis B surface antibody (HBsAb) titers	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Examinations of dermatologists and venereologists	<input checked="" type="checkbox"/>	
Hepatitis C virus antibody (HCVAb)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychiatric Disease	<input checked="" type="checkbox"/>	
Human immunodeficiency Virus 1&2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurological Disease	<input checked="" type="checkbox"/>	
Measles antibody (Ig G)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Examination of the eyes	<input checked="" type="checkbox"/>	
Varicella Zoster antibody (VZVAb-Ig G)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Examination of the Ears	<input checked="" type="checkbox"/>	
Urine examination	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blood pressure reading	<input checked="" type="checkbox"/>	
Malaria Screening	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities	<input checked="" type="checkbox"/>	
Tuberculin Skin Test (PPD) Result in millimeters 72hr	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Musculoskeletal Disease	<input checked="" type="checkbox"/>	
Blood Test	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Vaccinations	YES	NO	Date		
MMR vaccine (if measles antibody not positive)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Meningitis ACWY vaccine	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Influenza vaccine	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Hepatitis B vaccine	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Covid-19 vaccine	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Additional Screening					
(1)	Result				
(2)	Result				

Final Result: Fit for training ☒ Not fit training ☐

Examining Date: 3-1-2024

Notes:

Sponsoring Institution:

Responsible Physician

Name: Alabdulrahman Mahomed

Signature: Dr. Abdulrahman M. Yahya

Date: 03/1/2024

OFFICIAL STAMP



T. +966 12 500 0000

Makkah, KSA, P.O.Box 24246

www.makkahhc.sa

إقرار وتعهد بالاطلاع والالتزام بأنظمة التدريب

الاسم	ياسر عبد الحميد
رقم الهوية	١٠٦١٤٢٨٤٤٤
البرنامج التدريبي	طب العناية المركزة للكبار
المقر التدريبي	مدينة الملك عبد الله الطبية

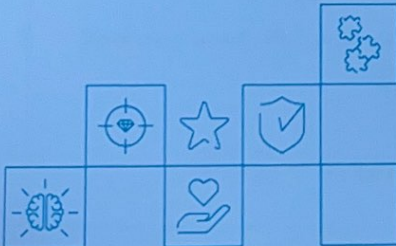
أقر وأتعهد أنا الطبيب / الطبية الموضح بياناتي أعلاه بالتالي :

1. بإكمال المتطلبات الأساسية للمقر التدريبي وهي كالتالي :

- تعبئة استمارة بيانات المتدرب الخاصة بالمقر التدريبي - نموذج التحاليل المخبرية والتطعيمات
- احضار نسخة من (السيرة الذاتية - الهوية/ الإقامة - بطاقة العمل - شهادة المؤهل العلمي - السجل الأكاديمي - شهادة اتمام سنة الامتياز - بطاقة تسجيل الهيئة السعودية للتخصصات الصحية - التأمين الطبي للأطباء - عقد العمل أو الايفاد - الامتيازات الطبية - اتمام حضور البرنامج التعريفي العام بالمستشفى والخاص بالقسم).
- تعبئة استمارة الالتزام بالسرية والالتزام بالآزي الرسمي.
- اتعهد بالاطلاع والالتزام بسياسات واجراءات المقر التدريبي بالتجمع الصحي بمكة المكرمة وفي حالة الإخلال بأي منها يحق للمقر التدريبي تطبيق الأنظمة الخاصة بذلك.
- 2. اطلع 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.
- 3. حضور اللقاء التعريفي بالمقر التدريبي.
- 4. حضور الدورات التدريبية الإلزامية:
- دورة اساسيات مكافحة العدوى BICS
- دورة الانعاش القلبي الرئوي الأساسية BLS
- دورة الانعاش القلبي الرئوي المتقدم (حسب التخصص)
- دورة الانعاش القلبي الرئوي للأطفال (حسب التخصص)
- دورة الانعاش القلبي الرئوي لحديثي الولادة (حسب التخصص)
- دورة 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)

التاريخ : ١ - ١ - ٢٠٢٢

التوقيع : 



إقرار الالتزام بالسرية وضوابط الزى الرسمي

الاسم	ياسر محمد عبد الحفيظ
رقم الهوية	١٠٦١٤٢٨٤٤٤
البرنامج التدريبي	طبيب العناية المركزة للكبار
المقر التدريبي	مدينة (كلان) عبدالله (طبية)

الالتزام بضوابط الزى الرسمي:

1. لبس الملابس الشرعية حسب تعليمات الدين الحنيف والتقاليد.
2. الالتزام بالزي الرسمي المقرر حسب التصنيف الوظيفي.
3. الالتزام بالمظهر الحسن.

الالتزام بالسرية:

1. الالتزام بأخلاقيات المهنة الطبية.
2. المحافظة على سرية وأمن جميع المعلومات والبيانات وعدم الإفصاح عن أي معلومة متعلقة بالمريض أو عائلته.
3. التعامل مع الزملاء بمهنية لائقة.
4. حماية كلمة السر الخاصة بي للدخول على شبكة المستشفى وعدم إعطائها لأي شخص.

أقر بأنني بهذا التعهد والالتزام أفهم وأعي ما هو مطلوب مني فيما يخص ضوابط الزى 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 التعهد.

التاريخ: ١-١-٢٠٢٢

التوقيع:

