



Medical Examination Report for Trainees

|                                                                                                                                        |                                                     |                                                |                                                   |                                     |                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Personal data                                                                                                                          |                                                     |                                                |                                                   |                                     |                          |
| Name:- <u>Fahad Mohammed Bagarwan</u>                                                                                                  | Male <input checked="" type="checkbox"/>            | Nationality:- <u>Saudi</u>                     | Birth Date:- <u>05/03/1988</u>                    |                                     |                          |
| Iqama No / ID. No:- <u>1051701975</u>                                                                                                  | Place Of Issue:- <u>Makkah</u>                      | Issue Date:- <u>18/11/2019</u>                 | Mobile number:- <u>0554789358</u>                 |                                     |                          |
| Specialty:- <u>Interventional Cardiology</u>                                                                                           | Training department:- <u>Cardiology &amp; Adult</u> |                                                |                                                   |                                     |                          |
| Trainee Category:-<br>Fellowship <input checked="" type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Diploma <input type="checkbox"/> | Type Of Training:- <u>Contract</u>                  | Training Period:- <u>1/1/2025 - 31/12/2025</u> |                                                   |                                     |                          |
| Laboratory Tests                                                                                                                       | Negative                                            | Positive                                       | Clinical Examination                              | Sound                               | Improper                 |
| Hepatitis B surface antigen (HBsAg)                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>                       | Chest X-ray findings                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis B surface antibody (HBsAb) titers                                                                                            | <input type="checkbox"/>                            | <input checked="" type="checkbox"/>            | Examinations of dermatologists and venereologists | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis C virus antibody (HCVAb)                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>                       | Psychiatric Disease                               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Human immunodeficiency Virus 1&2                                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>                       | Neurological Disease                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Measles antibody (Ig G)                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                            | <input checked="" type="checkbox"/>            | Examination of the eyes                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Varicella Zoster antibody (VZVAb-Ig G)                                                                                                 | <input type="checkbox"/>                            | <input checked="" type="checkbox"/>            | Examination of the Ears                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Urine examination                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/>                       | Blood pressure reading                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Malaria Screening                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>                       | Extremities                                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tuberculin Skin Test (PPD) Result in millimeters <u>7mm</u>                                                                            | <input checked="" type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>                       | Musculoskeletal Disease                           | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blood Test <u>Quantiferon</u>                                                                                                          | <input 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 <u>NA</u>                                                                                                             | <input type="checkbox"/>                            | <input type="checkbox"/>                       |                                                   |                                     |                          |
| Additional Screening                                                                                                                   |                                                     |                                                |                                                   |                                     |                          |
| (1) .....                                                                                                                              | Result .....                                        |                                                |                                                   |                                     |                          |
| (2) .....                                                                                                                              | Result .....                                        |                                                |                                                   |                                     |                          |

Final Result: Fit for training ☒ Not fit training ☐

Examining Date: 12/12/2024

Notes: .....

Sponsoring Institution: .....

Responsible Physician

Name: Simeen Siddiqui

Signature: S.S.

Date: 12/12/2024

EMPLOYEE HEALTH CLINIC  
KAMC - JEDDAH

الموظفين - المنطقة الغربية  
مدينة الملك عبدالعزيز الطبية  
جدة

OFFICIAL STAMP



## إقرار وتعهد بالاطلاع والالتزام بالأنظمة والتعليمات

|                   |                         |               |                      |
|-------------------|-------------------------|---------------|----------------------|
| الاسم             | فهد محمد عمر باقروان    |               |                      |
| رقم الهوية        | 1051701975              | رقم الجوال    | 0554789353           |
| البرنامج التدريبي | زمالة قسرة القلب للكبار | بريد الكتروني | Pioneer667@gmail.com |

أقر وأتعهد أنا الطبيب / الطيبة الموضح بياناتي أعلاه بالتالي :

1. إكمال المتطلبات الأساسية للمقر التدريبي وهي كالتالي: تعبئة بيانات المتدرب لدى المقر التدريبي - نموذج التحايل 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: ( أساسيات 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 وامن جميع المعلومات والبيانات وعدم الإفصاح عن أي معلومة متعلقة بالمريض او 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 .

2024/12/10

التاريخ :

التوقيع :



## نموذج تدريب مؤقت

|                                                                               |                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Trainee's Name/.....                                                          | فهد محمد عمر باقروان                                                         |
| Age/ 38                                                                       | العمر/ 38                                                                    |
| Sex/ <input type="checkbox"/> Female <input checked="" type="checkbox"/> Male | الجنس/ <input checked="" type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى |
| National ID /                                                                 | رقم الهوية/                                                                  |
| 1051701975                                                                    | 1051701975                                                                   |
| E-mail /.....                                                                 | البريد الإلكتروني/                                                           |
| Pioneer667@gmail.com                                                          | Pioneer667@gmail.com                                                         |
| Mobile No/.....                                                               | رقم الجوال/                                                                  |
| 0554789353                                                                    | 0554789353                                                                   |
| Specialty/Adult Interventional Cardiology                                     | التخصص/                                                                      |
| قسطرة القلب للكبار                                                            |                                                                              |
| Collage/University/ Hospital/.....                                            | الجامعة/الكلية/المستشفى/                                                     |
| مدينة الملك عبد الله الطبية                                                   |                                                                              |
| King Abdullah Medical City                                                    |                                                                              |

|                                                                                                                                         |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Department Of Training/.....                                                                                                            | قسم التدريب/       |
| Adult Interventional Cardiology                                                                                                         | قسطرة القلب للكبار |
| Type of the Training/ Fellow                                                                                                            | نوع التدريب/       |
| <input type="checkbox"/> Paid <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Intern <input type="checkbox"/> Resident Level/ | زمالة              |
| Training Period/.....                                                                                                                   | فترة التدريب/      |
| 1 year                                                                                                                                  | سنة كاملة          |
| From/01/01/2025                                                                                                                         | من/ 01/01/2025     |
| Until/31/12/2025                                                                                                                        | الى/ 31/12/2025    |

### إتفاقية سرية المعلومات / وتعهد الإلتزام بالتعليمات

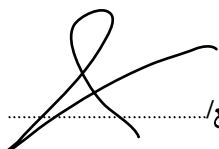
1. الإلتزام بأوقات الدوام الرسمي وكامل ساعات العمل.
2. أداء المهام الموكلة وإجاز الأعمال حسب توجيه مشرف التدريب.
3. الاحترام وحسن التعامل مع الزملاء والمرضى.
4. المحافظة على السلوك والأداب العامة.
5. المحافظة على أمن البيانات وسرية المعلومات التي أطلع عليها، وعدم إفشائها.
6. عمل إجراءات إخلاء الطرف وتسليم بطاقة تعريف المتدرب لإدارة الأمن والسلامة.

فهد محمد باقروان

أقر أنا

فيها من بنود، وسأقوم بالإلتزام بجميع القوانين والتشريعات الواردة فيها . وأنا على علم ودراية بأن أي إفصاح 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 تعريضى للمسائلة القانونية.



التاريخ: 2024/12/10 التوقيع/

اسم المتدرب/ فهد محمد باقروان