

إقرار وتعهد بالاطلاع والالتزام بأنظمة التدريب

الاسم	ثركي محمد عبد الله المطر
رقم الهوية	١٠٩٧٦٥٤٣٧٨
البرنامج التدريبي	البورد السعودي للطب الباطني

أقر وأتعهد أنا الطبيب/الطبيبة الموضح بياناتي أعلاه بالتالي:

١- أقر باطلاعي 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.

٢- أقر باطلاعي ومعرفتي ببرنامج دعم ورعاية المتدربين (داعم) بالموقع الإلكتروني للهيئة السعودية للتخصصات الصحية.

٣- الاطلاع على سياسات التدريب في تجمع مكة الصحي وذلك عبر كود QR أدناه أو الرابط مباشرة :

<https://drive.google.com/drive/folders/10BoMylaG8kXE2oJd7rz3RmBbyViLbOxl?usp=sharing>



٤- أتعهد بالاطلاع والالتزام بسياسات واجراءات مدينة الملك عبد الله الطبية والمنشورة على موقعها الإلكتروني
٥- الداخلي بعد الحصول على بيانات حساب المتدرب وفي حالة الإخلال بأي منها يحق للمدينة الطبية تطبيق الأنظمة الخاصة بذلك.

٦- أقر بحصولي على التعليمات والتوجيهات المطلوبة لبدء التدريب بمدينة الملك عبد الله الطبية

والله الموفق،

التوقيع:

التاريخ: ٩/٢٧ / ٢٠٢٢م



مدينة الملك عبد الله الطبية
KING ABDULLAH MEDICAL CITY

المملكة العربية السعودية Kingdom of Saudi Arabia
وزارة الصحة Ministry of Health
مدينة الملك عبد الله الطبية بالمدينة المنورة King Abdullah Medical City in Holy Capital

نموذج تدريب مؤقت

Trainee's Name/ <u>TORKY MOHAMMED AL MATRAFI</u>	اسم المتدرب / <u>تركى محمد عبد الله المطرني</u>
Age/ <u>27</u> Sex/ ☐ Female ☒ Male	العمر / <u>٢٧ سنة</u> الجنس / ☒ ذكر ☐ أنثى
National ID / <u>١٠٩٧٦٥٤٣٧٨</u>	رقم الهوية / <u>١٠٩٧٦٥٤٣٧٨</u>
E-mail / <u>TORKY ALMATRAFI@gmail.com</u>	البريد الإلكتروني / <u>TORKY ALMATRAFI@gmail.com</u>
Mobile No/ <u>٠٥٥١١٢٠٢٧٥</u>	رقم الجوال / <u>٠٥٥١١٢٠٢٧٥</u>
Specialty/ <u>Internal Medicine</u>	التخصص / <u>الطب الباطني</u>
Collage/University/ Hospital/ <u>KAMC</u>	الجامعة/الكلية/المستشفى / <u>KAMC</u>

Department Of Training/ <u>Internal Medicine</u>	قسم التدريب / <u>الطب الباطني</u>
Type of the Training/ ☐ Paid ☐ Student ☐ Intern ☒ Resident Level/	نوع التدريب / ☐ باجر ☐ طالب ☐ طالب إمتياز ☒ مقيم مستوى/
Training Period/ <u>٤ years</u>	فترة التدريب / <u>٤ سنوات</u>
From/ <u>٠١/١٠/٢٠٢٣</u> Until/	من / <u>٢٠٢٣/١٠/٠١</u> الى /

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.

أقرنا تركى محمد المطرني 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 افصاح 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 تعريضي للمسائلة القانونية.

التاريخ: ٢٠٢٣/٩/٢٧ التوقيع: [Signature]

اسم المتدرب / تركى محمد المطرني



٣٠٨
٢٠٢٣/٩/٢٧

Medical Examination Report for Trainees

((نموذج الكشف الطبي للمتدربين))

Nationality (الجنسية) سعودي	Birth Date (تاريخ الميلاد) 30/09/1996 / ١٤١٧/٠٩/١٨	☒ Male (ذكر) ☐ Female (أنثى)	(Name) الاسم تركى محمد عبد الرزاق المطرشي		
Issue Date (تاريخ الإصدار)	Place Of Issue (المصدر)	Iqama No / ID. No (رقم الهوية / الإقامة) ١٠٩٧٦٥٤٣٧٨			
Sub specialty (التخصص الدقيق)	Training department (القسم المراد التدريب فيه) Internal Medicine الطب الباطني				
Trainee Category (فئة المتدرب) Student ☐ Intern ☐ Graduate ☒ Employee ☐	Type Of Training (نوع التدريب) Paid ☐ Free ☐	Training period (مدة التدريب) ٤ سنوات			
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: (التطعيمات المطلوبة):					
Hepatitis B or HBs Ab >10 IU/L	311.87 mIU/ml immune	Varicella zoster or positive VZV -IgG		Pos + immune	

Final Result (النتيجة النهائية): Fit for training (لائق طبياً للتدريب) ☐

Not fit for training (غير لائق طبياً للتدريب) ☐

Examining Date (تاريخ الفحص): ٢٠٢٣/٩/٢٧

Physician (الطبيب المسؤول)

مدير مركز الفحص الطبي الشامل
بمصلحة العاصمة المقدسة
Signature (التوقيع)

د. عادل محمد فطاساني
طبيب نائب الوائحات
Name (الاسم)

مدينة الملك عبد الله الطبية بالعاصمة المقدسة - الشؤون الأكاديمية - King Abdullah Medical City in Holy Capital- Academic Affairs
Kingdom of Saudi Arabia - Tel : +966 2 5664475 Fax : +966 2 5664663 P.O.Box : 57657 - Post Code : 21955

عبدالله بن عزيز المالكي

