

Picture
الصورة



Medical Examination Report for Trainees
(نموذج الكشف الطبي للمتدربين)

1970

Nationality (الجنسية) سعودي	Birth Date (تاريخ الميلاد) 1991/11/19	Male (ذكر) ☒ Female (أنثى) ☐	(Name) الاسم عبدالله فيصل عايض الجاشي		
Issue Date (تاريخ الإصدار)		Place Of Issue (المصدر) مكة المكرمة	Iqama No / ID. No (رقم الهوية / الإقامة) ١٠٧٩٥٧٥٦٣٢		
Sub specialty (التخصص الدقيق)		Training department (القسم المراد التدريب فيه) قسم الباطنة			
Trainee Category (فئة المتدرب) Student ☐ Intern ☐ Graduate ☒ Employee ☐		Type Of Training (نوع التدريب) Paid ☒ Free ☐	Training period (مدة التدريب) ٤ سنوات		
(الفحوصات المخبرية) Laboratory Tests		Negative (سلبى) ☒ Positive (إيجابى) ☐	(الكشف الإكلينيكي) Clinical Examination		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		78.21 mIU/mL immune	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 الطبي): 2023

Signature (التوقيع):
عبدالله بن عزيز المالكي

Physician (الطبيب المسؤول)

DR. MUHAMMAD BAWAZIR

Name (الاسم): محمد باوزير

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