

MEDICAL REPORT نموذج تقرير طبي

PHOTO	NAME _____					
	NATIONALITY _____		SEX _____	AGE _____	MARITAL STATUS _____	
	PASSPORT NO. _____			PLACE & DATE OF ISSUE _____		
	POSITION APPLIED FOR _____					
	DEAR SIR, MADAM PLEASE , ARRANGE TO EXAMINE THE ABOVE MENTIONED CANDIDATE WHETHER HE/SHE IS FIT FOR THE ABOVE MENTIONED POSITION . DATE ____/____/____ RECRUTEMENT ATTACHE/OR DOCTOR: _____					

HISTORY OF ANY SIGNIFICANT PAST ILLNESS INCLUDING :

- PSYCHIATRIC AND NEUROLOGICAL DISORDERS (EPILEPSY , DEPRESSION ..)	
- ALLERGY	

MEDICAL EXAMINATION			LABORATORY INVESTIGATION		
TYPE OF MEDICAL EXAMINATION	NEGATIVE\NORMAL	POSITIVE\ABNORMAL	TYPE OF LABORATORY INVESTIGATION	NEGATIVE\NORMAL	POSITIVE\ABNORMAL
EYE	VISION	R.EYE L.EYE	[URINE]		
	OTHER	R.EYE L.EYE			
EAR		R.EAR L.EAR	[STOOL]		
CHEST X - RAY PULMONARY TUBERCULOSIS					
[SYSTEMIC EXAMINATION]					
	BLOOD PRESSURE				
	HEART		[BLOOD]		
	LUNGS				
	ABDOMEN				
[OTHERS]					
	* HERNIA		[SEROLOGY]		
	* VARICOSE VAINS				
EXTREMITIES			- HIV TEST(FROM A PROVINCIAL LAB.)		
SKIN			- F.B.S.		
[VENERAL DISEASES]			- HBsAG/ANTI HCV		
- CLINICAL			- L.F.T.		
- LAB			- CREATININE		
	VDRL		- UREA		
	TPHA		PREGNANCY TEST		

CONFIRM IF THE APPLICANT HAS ONE OF THE FOLLOWING:	NO	YES
COMMUNICABLE DISEASES MENTAL DISORDER MENTAL RETARDATION PHYSICAL DISORDERS HANDICAP PARALYSIS BLINDNESS DEAFNESS DUMBNESS		

MENTIONED ABOVE IS THE MEDICAL REPORT FOR MR/MRS / MISS _____, WHO IS FIT UNFIT FOR THE ABOVE MENTIONED JOB .

- TO BE FIT , ALL MEDICAL EXAMINATIONS AND LABORATORY INVESTIGATIONS MUST BE WITHIN NORMAL LIMITS. A CHECK MARK (), ONLY, MUST BE INSERTED IN THE NEGATIVE\NORMAL SECTIONS ABOVE. IN THE EVENT OF ANY POSITIVE TEST RESULTS A TYPED & SIGNED NOTE FROM THE DOCTOR STATING IF THIS IS A COMMUNICABLE OR NON COMMUNICABLE DISEASE AND TO ADVISE US OF TREATMENT UNDER TAKEN AND IF IT HAS ANY EFFECT ON THE APPLICANT'S WORK.

SUBMIT TO THE CONSULAR SECTION ORIGINALS AND COPIES OF THIS REPORT AND THE TESTS RESULTS . DO NOT SUBMIT X-RAY'S AS THOSE MUST BE PRESENTED TO THE HEALTH AUTHORITIES IN SAUDI ARABIA ALONGWITH ONE CLEAR COPY OF THIS REPORT AND ALL TEST RESULTS.

PHYSICIAN NAME : _____ SIGNATURE : _____
 LICENSE NUMBER : _____ STAMP : _____
 THIS FORM MUST BE ATTESTED BY ONE OF THE TWO FOLLOWING AUTHORITIES :

THIS IS TO CERTIFY THAT DR. _____ LICENSE NUMBER _____, IS CURRENTLY LICENSED TO PRACTICE MEDICINE . (1)	DEPARTMENT OF HEALTH (FEDERAL OR PROVINCIAL)) (2)
AUTHORIZED SIGNATURE	STAMP OR SEAL OF THE PROVINCIAL LICENSING AUTHORITY (college of physicians)

МЕДИЧНИЙ ВИСНОВОК

Фото	ПІБ.			
	Громадянство	Стать:	Вік:	Сімейний стан :
	Паспорт №	Місце і дата видачі:		
	Заявлена посада			
Шановний пан, пані Будь-ласка, посприйте у проходженні медичного огляду вищезгаданого кандидата, щодо професійної придатності на згадану посаду.				
Дата ____/____/____ Аташе по персоналу / або Лікар _____				

Історія суттєвих попередніх хвороб включаючи:

Психіатричні та неврологічні розлади (епілепсія, депресія..)	
Алергія	

Медичний огляд			Лабораторні аналізи		
Вид медичного огляду	Негативний/ нормальний	Позитивний/ аномальний	Вид лабораторного аналізів	Негативний/ нормальний	Позитивний/ аномальний
Око Зір Інше	П. око		[Сеча]	цукор білок більгарциоз інше	
	Л. око				
	П. око				
	Л. око				
Вуха	П. вуха		[Стул]	гельмінти сальмонела/ шигелла холера (v.cholera) інше	
	Л. вуха				
Флюорографія грудної клітки			[Кров]	Гемоглобін Малярія (malaria film) інше	
Туберкульоз легенів					
[Систематичний огляд]			[Серологія]	ВІЛ (форма місцевої лабораторії F.B.S. HBsAG/ANTI HCV L.F.T. CREATININE UREA	
Кров'яний тиск					
Серце					
Легені					
Черевна порожнина					
[інше]					
*грижа					
*варикоз вен					
Кінцівки					
Шкіра					
[Венеричні захворювання]					
Клінічні					
Лабораторні					
VDRL					
TPHA					
Тест на вагітність					
Підтвердити в разі, якщо заявник має наступні захворювання:				Так	Ні
Інфекційні захворювання					
Психічні розлади					
Слабоумство					
Фізичні розлади					
Дефекти					
Параліч					
Сліпота					
Глухота					
Німота					

Все вищезгадане являє собою медичний висновок для Пана/ (Пані) _____, який / (яка) професійно придатний / (придатна) для вищезгаданої посади.

Критерії професійної придатності: всі медичні огляди та лабораторні аналізи мають бути в межах норми, з відповідною відміткою в колонці [негативний / нормальний]. В разі, якщо результати позитивні, про що свідчать відмітки у відповідних колонках, лікар зазначає чи це захворювання інфекційне чи ні, також надає свої рекомендації щодо лікування, та відмічає чи впливає захворювання на виконання заявником своїх обов'язків.

Передайте на розгляд до Консульського відділу оригінали та копії даного медичного висновку та результати досліджень. Не потрібно передавати результати флюорографії, оскільки вони мають бути надані до управління охорони здоров'я Королівства Саудівської Аравії разом з однією чіткою копією цього медичного висновку та результатами всіх аналізів.

Прізвище лікаря:

Підпис:

Ліцензія №:

Дана форма повинна бути посвідчена одним з наступних уповноважених органів:

Наступне свідчить про те, що лікар _____ Ліцензія № _____ на даний момент має право займатися медичною практикою.	Міністерство охорони здоров'я
---	-------------------------------