

## نموذج كشف طبي

|  |  |   |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|
| الاسم  |  | رقم الهوية  |  | المحترم  |  |
| سعادة مدير مستشفى:   |  | صورة ملونة بخلفية بيضاء   |  | السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،<br>نأمل إجراء الفحوص الطبية اللازمة للموضح بياناته أعلاه لمعرفة مدى لياقته الصحية لشغل الوظيفة المرشح لها.<br>وتقبلوا خالص الشكر والتقدير |  |
| الكلية-الإدارة   |  | الإسم   |  | المنصب   |  |
| الفحص Examination  |  | النتيجة   |  | الفحص Examination  |  |
| النتيجة  |  | النتيجة   |  | النتيجة  |  |
| غير سليم   |  | غير سليم  |  | غير سليم   |  |
| سليم   |  | سليم  |  | سليم   |  |
| Chest X-ray أشعة الصدر   |  | Rt. Eye العين اليمنى  |  | التنظر   |  |
| Mantoux Test اختبار الدرن  |  | Lt. Eye العين اليسرى  |  | السمع والنطق   |  |
| Urine Analysis تحليل البول   |  | Color Discrimination تمييز الألوان  |  | فحوصات أخرى  |  |
| C.B.C صورة دم كاملة  |  | R. Ear الأذن اليمنى   |  |  |  |
| U. & E. بولينا أملاح   |  | L. Ear الأذن اليسرى   |  |  |  |
| L.F.T وظائف الكبد  |  | Vocalization النطق  |  |  |  |
| F.B.S سكر دم (صائم)  |  | B.P. ضغط الدم   |  |  |  |
| Narcotics المخدرات   |  | C. V. S الجهاز القلبي الوعائي   |  |  |  |
| العمليات الجراحية الكبرى<br>Major Surgical Operations<br>"تحدد" "Define" |  | Resp. S الجهاز التنفسي  |  |  |  |
| Others أمراض أخرى-<br>"تحدد" "Define"                                    |  | C. N. S الجهاز العصبي   |  |  |  |
|  |  | G. I. T الجهاز الهضمي   |  |  |  |
|  |  | Psycho. Exam الفحص النفسي   |  |  |  |
|  |  | Phy. Disability إعاقات بدنية<br>"تحدد" "Define"   |  |  |  |
| To be performed for health care applicants only                          |  | تضاف الفحوصات الآتية للمتقدمين لشغل الوظائف الصحية:   |  |  |  |
| Viral hepatitis (B) "HBs Ag"   |  | التهاب الكبد الفيروسي (ب)   |  | Serological Tests فحوصات مصلية   |  |
| Viral hepatitis (C) "HCV Ab"   |  | التهاب الكبد الفيروسي (ج)   |  |  |  |
| HIV Test   |  | متلازمة نقص المناعة المكتسبة "إيدز"   |  |  |  |
| لائق صحياً   |  | سعادة:  |  |  |  |
| غير لائق صحياً   |  | المحترم   |  |  |  |
|  |  | السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد ، أعيد لكم التقرير الطبي بعد الكشف على المذكور أعلاه وأتضح أنه |  |  |  |
| اسم الطبيب   |  | اسم الطبيب  |  | اسم الطبيب   |  |
| التوقيع  |  | التوقيع   |  | التوقيع  |  |
| التاريخ  |  | التاريخ   |  | التاريخ  |  |
| الختم  |  |   |  |  |  |