

**MEDICAL EXAMINATION TEST / نموذج إجراء فحص الطبي**

Picture

**Personal Particular**

Mobile	0	5							الجوال	Name		الإسم
Gender	Male	Female	انثى	ذكر					الجنس	Nationality		الجنسية
Email									ID/ Iqama No.			رقم الهوية
Reference:									جهة المرجع	Date of Birth		تاريخ الميلاد

**Laboratory Results ( نتائج المختبرات ) ALL ABOVE TESTS IS MANDATORY جميع التحاليل الزامية**

TEST/ اختبار	RESULT/ النتيجة		DATE/ التاريخ
	Negative	Positive	
Blood Group.			
Bs Ag.			
HBs Ab.			
HCv Ab.			
HIV Test			
CXR			

Monteux Test (PPD) Purified Protein Derivative.....iu, Done on.....,

Location: ....., Measured.....mm induration after 48 to 72 hours indicts .....

Result:.....

Attached: med. lab

results

**FOR OFFICIAL USE ONLY for examiner / للإستعمال الرسمي لجهة الفحص**

**إقرار جهة عمل التحاليل**

نقر نحن ..... أن جميع المعلومات الواردة أعلاه حقيقية وصحيحة. بموجب هذا أعطى المتدرب نسخة من هذا التقرير الطبي لتقدمه لمستشفى جامعة الملك عبدالعزيز إدارة الشؤون الأكاديمية .

We declare that all the information given above is true and correct. I hereby give my consent for a copy of this medical report after it is completed by the examining doctor to be released to the King Abdulaziz University Hospital.

Name of Examining Doctor: \_\_\_\_\_ اسم الطبيب Signature : \_\_\_\_\_ التوقيع

Clinic's Stamp & Address: \_\_\_\_\_ ختم وعنوان العيادة Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ تاريخ Extension No. : \_\_\_\_\_ تحويلة

The Medical Examination Test referred above remark: ( اعتماد مدير الجهة الطبية على اجراء الفحوصات الطبية أعلاه )

Signature/stamp الختم/التوقيع Date التاريخ

**FOR OFFICIAL USE ONLY ( KAUH ) / للإستعمال الرسمي لمستشفى جامعة الملك عبدالعزيز**

تصديق العيادات العامة بالمستشفى الجامعي ( تم الإطلاع على التحاليل والفحوصات

..... OTHERS غير ذلك

UNFIT غير لائق طبياً/

FIT لائق طبياً/

..... الختم ..... التاريخ: Director - Gen. Clinic/ مدير العيادات / التوقيع