تقرير الفحص الطبي

اسم الموظف: الاختبار:

الشركة: رقم الموظف:

المنصب:

قام طبيب الفحص أو الاستشاري الطبي بمراجعة المعلومات الطبية المتعلقة بالموظفين المذكورين أعلاه، وتم تقرير الحالة التالية:

 أ ( ) لا يوجد أي عائق طبي يتعارض مع مهام الفرد.

 ب ( ) توجد حالة طبية لا تتعارض مع مسؤوليات الوظيفة. وقد تم إبلاغ الفرد بهذه النتيجة.

 ج ( ) أوضح الفحص عن وجود خلل طبي قد يتطلب اهتمامًا خاصًا من الشركة.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 د ( ) مؤجل في انتظار المزيد من التقييم.

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 هـ ( ) ترخيص استخدام جهاز التنفس الصناعي، إذا كان ذلك ممكنًا.

بناءًا على المعلومات التي تم استنتاجها من الفحص الطبي، وجد أن الشخص المذكور أعلاه من الناحية الطبية:

 ( ) مؤهل لاستخدام جهاز التنفس الصناعي

 ( ) غير مؤهل لاستخدام جهاز التنفس الصناعي

 و ( ) يوصي بالمتابعة مع الطبيب الشخصي.

 توقيع الطبيب المراجع

 العنوان

 رقم الرخصة

 رقم الهاتف