اسم الموظف: تاريخ الفحص:

الشركة: رقم الموظف:

المنصب:

راجع الطبيب القائم بالفحص أو الاستشاري الطبي المعلومات الطبية المتعلقة بالموظف المذكور أعلاه، وتم تشخيص الحالة التالية:

أ ( ) لا يوجد اضطراب طبي يتعارض مع واجبات الفرد.

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

جـ ( ) كشف الفحص عن اضطراب طبي قد يتطلب عناية خاصة من قبل الشركة.

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

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

د ( ) مؤجل حتى إجراء المزيد من التقييم.

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

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

هـ ( ) تصريح لاستخدام جهاز التنفس، إن أمكن.

بناءً على المعلومات التي تم الحصول عليها من الفحص الطبي، شُخِّصَت الحالة الطبية للشخص المذكور أعلاه:

( ) مؤهل لاستخدام جهاز التنفس الصناعي

( ) غير مؤهل لاستخدام جهاز التنفس الصناعي

و ( ) يوصى بالمتابعة مع الطبيب الشخصي.

توقيع الطبيب المراجع

العنوان

رقم الرخصة

رقم الهاتف