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