

## 1- نموذج تقرير طبي فارغ مختوم

تحريراً في تاريخ يوم: / / م.

مستشفى: \_\_\_\_\_ الموجودة في محافظة: \_\_\_\_\_ فرع: \_\_\_\_\_  
التابعة إلى وزارة الصحة.

اسم المريض: \_\_\_\_\_ ويحمل الجنسية: \_\_\_\_\_

السن (باليوم والشهر والسنة): \_\_\_\_\_

رقم سجل المريض الطبي: \_\_\_\_\_

المسمى الوظيفي للمريض: \_\_\_\_\_ قطاع جهة العمل: \_\_\_\_\_

تاريخ الإصابة ودخول المستشفى: \_\_\_\_\_

التاريخ المتوقع للخروج من المستشفى: \_\_\_\_\_

تشخيص وتقييم الحالة المرضية للمريض المذكور أعلاه (يتم ملء هذا الجزء  
بواسطة الطبيب المعالج فقط)

---

---

---

---

---

---

---

التوصية: المريض في حاجة إلى الحصول على إجازة مرضية لمدة لا تقل عن  
\_\_\_\_\_ يوماً، تبدأ في يوم: / / ، وتنتهي في يوم: / /  
\_\_\_\_\_ قبل مباشرة العمل مرة أخرى.

اسم الطبيب المعالج للحالة: \_\_\_\_\_

توقيع الطبيب: \_\_\_\_\_

توقيع مدير المستشفى: \_\_\_\_\_

ختم المستشفى: \_\_\_\_\_

## 2- تقرير طبي جاهز للحصول على إجازة مرضية

تاريخ إعداد التقرير: / /

مستشفى: \_\_\_\_\_ التابعة إلى مركز الرعاية الصحية الأولية  
وزارة الصحة والسكان. \_\_\_\_\_

اسم المريض (رباعي أو خماسي): \_\_\_\_\_

رقم السجل الطبي: \_\_\_\_\_

النوع: (ذكر) \_\_\_\_\_ (أنثى) \_\_\_\_\_

الجنسية: \_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

المدرسة التابع إليها الطالب: \_\_\_\_\_

تاريخ المراجعة: \_\_\_\_\_ تاريخ دخول المستشفى: \_\_\_\_\_ تاريخ

مغادرة المستشفى: \_\_\_\_\_

((التوصيات – Recommendations))

بعد الكشف والفحص الشامل للمريض، تبين ما يلي:

- المريض في حاجة إلى الحصول إجازة مرضية لا تقل عن \_\_\_\_\_ يوماً.
- من الضروري مراجعة الطبيب أولاً قبل إنهاء الإجازة للتأكد من سلامة الطالب.
- لا تشير الحالة الصحية إلى عجز الطالب عن الحضور الكلي أو الجزئي مرة أخرى إلى المدرسة.
- يوصى باعتماد التقرير الطبي.

اسم الطبيب المعالج: \_\_\_\_\_ التوقيع: \_\_\_\_\_

اسم الطبيب المشرف: \_\_\_\_\_ التوقيع: \_\_\_\_\_

تصديق مدير المستشفى:

الاسم: \_\_\_\_\_ التوقيع: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

3- تقرير طبي فارغ عن إصابة عمل

التاريخ: \_\_\_\_\_

اسم المستشفى: \_\_\_\_\_ التابعة إلى \_\_\_\_\_ فرع: \_\_\_\_\_  
وزارة الصحة.

اسم المريض: \_\_\_\_\_ الجنسية: \_\_\_\_\_ رَقْم بطاقة الهويّة

الوطنية: \_\_\_\_\_ السن: \_\_\_\_\_

رقم السجل الطبي للمريض: \_\_\_\_\_

اسم جهة العمل أو صاحب العمل: \_\_\_\_\_

مهنة المريض: \_\_\_\_\_ طبيعة المهام الموكلة إليه: \_\_\_\_\_

وقت حدوث الإصابة: \_\_\_\_\_

تاريخ دخول المستشفى: \_\_\_\_\_

تاريخ الخروج من المستشفى: \_\_\_\_\_

تقييم الحالة الصحية للمريض: لقد تم فحص المريض المذكور أعلاه كلياً، وتبين  
\_\_\_\_\_ ويُطلب الموافقة على

ما يلي:

- المريض في حاجة إلى الحصول على إجازة مرضية لا تقل عن 21 يوماً.

- لا بد من عرض المريض على الطبيب المعالج لتقييم الحالة الصحية له.

- يتم تحديد وقت العودة إلى العمل مرة أخرى بناءً على رأي الطبيب المعالج  
لاحقاً.

اسم الطبيب والتوقيع: \_\_\_\_\_

اسم مدير المستشفى والتوقيع: \_\_\_\_\_

#### 4- نموذج تقرير طبي من وزارة الصحة

اسم المريض: .....

عمر المريض: .....

جنسيته: .....

رقم الهوية: .....

القسم: .....

ملاحظات الطبيب حول الحالة المرضية: .....

تمت كتابة هذا التقرير ليتم منحة للجهة المختصة وهي: .....

اسم الطبيب المعالج: ..... توقيع: .....

اسم رئيس القسم: ..... توقيع: .....

تم تحرير التقرير في تاريخ: ..... / ..... / .....

اسم مدير المستشفى: ..... توقيع: .....

الختم الرسمي للمستشفى: .....