**1- نموذج تقرير طبي فارغ مختوم**

**تحريرًا في تاريخ يوم: ـــــــــــــــ/ ـــــــــــــــــ/ ــــــــــــــــــــــــ م.**

**مستشفى: ــــــــــــــــــــــــ الموجودة في محافظة: ــــــــــــــــــــــــ فرع: ــــــــــــــــــــــــ التابعة إلى وزارة الصحة.**

**اسم المريض: ــــــــــــــــــــــــ ويحمل الجنسية: ــــــــــــــــــــــــ**

**السن (باليوم والشهر والسنة): ــــــــــــــــــــــــ**

**رَقْم سجل المريض الطبي: ــــــــــــــــــــــــ**

**المسمى الوظيفي للمريض: ــــــــــــــــــــــــ قطاع جهة العمل: ــــــــــــــــــــــــ**

**تاريخ الإصابة ودخول المستشفى: ــــــــــــــــــــــــ**

**التاريخ المتوقع للخروج من المستشفى: ــــــــــــــــــــــــ**

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

**التوصية: المريض في حاجة إلى الحصول على إجازة مرضية لمدة لا تقل عن ــــــــــــــــــــــــ يومًا، تبدأ في يوم: ـــ/ ـــــــ/ ــــــــ، وتنتهي في يوم: ــــ/ ــــــــ/ ـــــــــــــــ قبل مباشرة العمل مرة أخرى.**

**اسم الطبيب المعالج للحالة: ــــــــــــــــــــــــ**

**توقيع الطبيب: ــــــــــــــــــــــــ**

**توقيع مدير المستشفى: ــــــــــــــــــــــــ**

**خَتْم المستشفى: ــــــــــــــــــــــــ**

**2- تقرير طبي جاهز للحصول على إجازة مرضية**

**تاريخ إعداد التقرير: ــــ/ ــــــــ/ ــــــــــــــــ**

**مستشفى: ــــــــــــــــــــــــ التابعة إلى مركز الرعاية الصحية الأولية ــــــــــــــــــــــــ وزارة الصحة والسكان.**

**اسم المريض (رباعي أو خماسي): ــــــــــــــــــــــــ**

**رَقْم السجل الطبي: ــــــــــــــــــــــــ**

**النوع: (ذكر) ــــــــــــــــــ (أنثى) ــــــــــــــــــــــــ**

**الجنسية: ــــــــــــــــــــــــ**

**تاريخ الميلاد: ــــــــــــــــــــــــ**

**المدرسة التابع إليها الطالب: ــــــــــــــــــــــــ**

**تاريخ المراجعة: ــــــــــــــــــــــــ تاريخ دخول المستشفى: ــــــــــــــــــــــــ تاريخ مغادرة المستشفى: ــــــــــــــــــــــــ**

**((التوصيات – Recommendations))**

**بعد الكشف والفحص الشامل للمريض، تبين ما يلي:**

**– المريض في حاجة إلى الحصول إجازة مرضية لا قل عن ـــــــــــــــ يومًا.**

**– من الضروري مراجعة الطبيب أولًا 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: ــــــــــــــــــــــــ التوقيع: ــــــــــــــــــــــــ**

**اسم الطبيب المشرف: ــــــــــــــــــــــــ التوقيع: ــــــــــــــــــــــــ**

**تصديق مدير المستشفى:**

**الاسم: ــــــــــــــــــــــــ التوقيع: ــــــــــــــــــــــــ التاريخ: ــــــــــــــــــــــــ**

**3- تقرير طبي فارغ عن إصابة عمل**

**التاريخ: ــــــــــــــــــــــــ**

**اسم المستشفى: ــــــــــــــــــــــــ التابعة إلى ــــــــــــــــــــــــ فرع: ــــــــــــــــــــــــ وزارة الصحة.**

**اسم المريض: ــــــــــــــــــــــــــالجنسية: ــــــــــــــــــــــ رَقْم بطاقة الهُوِيَّة الوطنية: ــــــــــــــــــــــــ السن: ــــــــــــــــــــــــ**

**رقم السجل الطبي للمريض: ــــــــــــــــــــــــ**

**اسم جهة العمل أو صاحب العمل: ــــــــــــــــــــــــ**

**مهنة المريض: ــــــــــــــــــــــــ طبيعة المهام الموكلة إليه: ــــــــــــــــــــــــ**

**وقت حدوث الإصابة: ــــــــــــــــــــــــ**

**تاريخ دخول المستشفى: ــــــــــــــــــــــــ**

**تاريخ الخروج من المستشفى: ــــــــــــــــــــــــ**

**تقييم الحالة الصحية للمريض: لقد تم فحص المريض المذكور أعلاه كليًا، وتبين ـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ ويُطلب الموافقة على ما يلي:**

**– المريض في حاجة إلى الحصول على إجازة مرضية لا تقل عن 21 يومًا.**

**– 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 لاحقًا.**

**اسم الطبيب والتوقيع: ــــــــــــــــــــــــ**

**اسم مدير المستشفى والتوقيع: ــــــــــــــــــــــــ**

**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: ..................... توقيعه: .......................

اسم رئيس القسم: ................. توقيعه: ......................

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

اسم مدير المستشفى: ................ توقيعه: ..................

الختم الرسمي للمستشفى: .....................