|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Employee Name اسم الموظف** | | **Employee No.** **رقم** **الموظف** | | | | | **Exam Date تاريخ الفحص الطبي** | | |
|  | |  | | | | |  | | |
| **Position المسمى الوظيفي** | | | | | **Company الشركة** | | | | |
|  | | | | |  | | | | |
| **The Examining Physician or Medical Consultant has reviewed the medical information regarding the above employee, and the following status has been established:** | | | | | قام الاستشاري الطبي / الطبيب الفاحص بمراجعة المعلومات الطبية الخاصة بالموظف أعلاه وبناءً عليه تم تقرير الحالة وفق ما يلي: | | | | |
| * There is no medical abnormality which will interfere with the duties of the individual. * Medical condition exists which will not interfere with job responsibilities. The individual has been advised of this finding. * The examination disclosed a medical abnormality which may require special consideration by the company | | | | | * لم تتم ملاحظة أي أعراض طبية غير اعتيادية قد تؤثر على مهام الموظف * هناك حالة طبية لكنها لا تتعارض مع مسؤوليات ومهام الموظف في العمل، كما تم إبلاغ الموظف بها. * تشير نتائج الفحص إلى وجود أعراض غير اعتيادية والتي تتطلب أخذها في الاعتبار من قبل الشركة. | | | | |
|  |  | | |  |  |  | | |  |
|  |  | | |  |  |  | | |  |
|  |  | | |  |  |  | | |  |
|  |  | | |  |  |  | | |  |
| * Deferred pending further evaluation. | | | |  |  | * مؤجل لإجراء المزيد من الفحوصات. | | | |
|  |  | | |  |  |  | | |  |
|  |  | | |  |  |  | | |  |
|  |  | | |  |  |  | | |  |
| * Clearance for respirator use, if applicable. Based on the information obtained from the medical examination, the above-named individual has been found medically:   qualified to use a respirator ( )  not qualified to use a respirator ( )   * Follow-up with personal physician recommended | | | |  |  | * تصريح استخدام جهاز تنفس (حسب الحالة).   وفقاً للمعلومات التي تم الحصول عليها من الفحص الطبي،  فإن الحالة الطبية للمذكور أعلاه هي :  مؤهل لاستخدام جهاز تنفس ( )  غير مؤهل لاستخدام جهاز تنفس ( )   * ينصح بمراجعة طبيب شخصي آخر. | | | |
| Signature of Reviewing Physician - توقيع الطبيب الذي قام بالمراجعة | | | | | | | | | |
| Address العنوان | | | Phone No. رقم الهاتف | | | | | License No. رقم الترخيص | |
|  | | |  | | | | |  | |
|  | | |  | | | | |  | |
|  | | |  | | | | |  | |