|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |