

SECTION I: To be completed by student

القسم الأول : يقوم به الطالب :

Student Name:	اسم الطالب / الطالبة رباعي :
ID Number :	السجل المدني :
Gender :	الجنس :

هل تناولت علاجات معينة:
 هل تعاني من حساسية معينة:
 هل تعاني من مرض مزمن:

القسم الثاني: الفحص الجسدي: يقوم به الطبيب (يرجى وضع علامة (✓) عند الحالة المناسبة)

SECTION II: Physical Examination: To be completed by a physician (Please tick (✓) appropriate) item

General condition: Poor ضعيفة Fair جيدة Good ممتازة
 الحالة العامة: Poor ضعيفة Fair جيدة Good ممتازة
 Blood Pressure ضغط الدم mmHg مليمتر زئبقي Pulse النبض min الدقيقة

يرجى تفصيل الحالة الغير سليمة If abnormal, Please indicate details	غير سليم Abnormal	سليم Normal	فحص موضعي Local / Regional Examination
			فحص النظر (العين اليمنى) و (العين اليسرى) Eye examination (Right eye) & (Left eye)
			فحص الأنف والأذن والحنجرة Examination of ears, nose & throat
			فحص الهيكل العظمي والعضلات (لأي إعاقة جسدية) Muscular/ skeletal (for any physical disabilities)
			فحص الجهاز الدوري والتنفسي Examination of the cardio-respiratory system
			فحص البطنية Examination of the abdomen
			فحص الجهاز العصبي Neurological Examination
			فحص حساسية الجلد Skin Examination

هل لدى المريض أعراض مرضية؟
 Explain details وضغ التفاصيل No لا Yes نعم
 هل سبق وأن خضع مقدم الطلب لأي علاج لمرض عضوي أو نفسي متقدم؟

Has the applicant received any previous treatment for advanced organic or psychiatric disease?
 Explain Details وضغ التفاصيل No لا Yes نعم

القسم الثالث: الفحوصات المخبرية (يرجى وضع علامة (✓) عند الحالة المناسبة):

SECTION III: Laboratory Test: (Please tick (✓) where applicable)

Lab . Test	فحص المختبر	Normal سليم	Abnormal غير سليم	Notes ملاحظات
Urinalysis	فحص البول			
Hepatitis B&C	فحص التهاب الكبد الوبائي ب وج			
HIV	فحص متلازمة نقص المناعة المكتسبة "الإيدز"			
Blood type	فصيلة الدم			

SECTION IV: Chest x-ray Examination القسم الرابع: تصوير الصدر بالأشعة السينية:

..... وضغ التفاصيل () غير سليم () سليم
 Normal () Abnormal () Explain details:

Medical Examination Result نتائج الفحص الطبي	
Examination showed that applicant named	اتضح من نتائج الفحص الطبي أن مقدم الطلب
is fit () unfit () to study at RCsDP	() لائق () غير لائق للدراسة في كليات الرياض لطب الأسنان والصيدلة.
Signature	اسم الطبيب Physician's name..... التاريخ: / / التوقيع
Signature	اسم المستشفى/ العيادة Hospital / Clinic name..... المدير الطبي Medical Director التوقيع
Official Stamp	ختم المكتب