

20, Abd. Malik Bin Marwan St

Post Box - 3096

Riyadh - 11471



1441/11/23 التاريخ

SICK LEAVE REPORT

14-JUL-20 11:22 AM

Medisys ID: R06201

Patient Type

Out Patient

No 036402 / 2020 الرقم

Patient Name	MOHAMED MAHMOUD MOHAMED	اسم المريض	س محمود
Medical Record No	72317641	رقم السجل الطبي	72317641
Gender	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	الجنس	<input checked="" type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> انثى
Nationality	EGYPTIAN	الجنسية	مصري
Date of Birth	27/08/1984	تاريخ الميلاد	27/08/1984
Occupation	Employee	المهنة	Employee
Place of Work	AWTAD Co.	جهة العمل	AWTAD Co.
Date of Visit	09/07/2020	تاريخ المراجعة	1441/11/18
Adm. Date		تاريخ الدخول	
Discharge Date		تاريخ الخروج	

Recommendation

التوصيات

Following medical examination, patient was found

بالكشف على المرض تبين انه

- Unable to work temporarily
 Need Complete rest at Home
 Needs to recover from illness/Surgery in Hospital

- غير قادر علي العمل مؤقتا
 يحتاج للراحة التامة في المنزل
 يحتاج للتعافي من مرض او اجراء جراحي بالمستشفى

We recommend Sick leave for 14 days (s)

ونوصي بالاتي : منحه اجازة مرضيه لمدة 14 يوم

Starting From 09/07/2020 To 22/07/2020

اعتبارا من 1441/12/01 هـ إلى 1441/11/18 هـ

Follow up before end of sick leave

مراجعه الطبيب المعالج قبل انتهاء اجازته

Referral to Medical Committee for following reasons :

احالته الى الهيئة الطبية لاحد الاسباب التالية

- Approval of sick leave
 Cannot be treated at this facility
 Permanent or partial disability

- اعتماد التقرير الطبي
 من غير الممكن علاجه في المستشفى
 حالته تدل على عجزه الصحي عن العمل بصورة جزئية أو قطعية

Remarks CASE OF CONFIRMED COVID-19 WITH SWAB POSITIVE SINCE 09/07/20, AND FOR 14 DAYS HOME ISOLATION.

ملاحظات

Treating Physician Name: Dr. INAS A ABDEL RAHMAN

د/ ايناس

اسم الطبيب المعالج

SPECIALITY: PULMONOLOGIST License No.

رقم الرخص

صدرية

التخصص:

Associate Physician Name : Dr. Inas Ahmed Pulmonologist SCFHS No 4208 - GCH

طبيب مشارك اسم :

SPECIALITY: _____ Date: 14/07/2020 التاريخ

التخصص:

Approval by the Medical Director

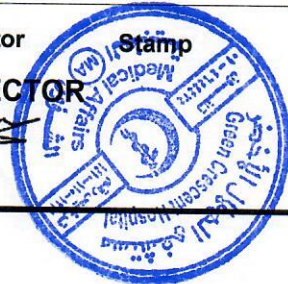
الختم

تصديق المدير الطبي

MEDICAL DIRECTOR

مدير الطبي

Signature:



التوقيع