



SICK LEAVE NOTE

Patient Information

| | | | |
|---------------------|----------------------------|-----------------|----------------|
| Patient Name: | MR. MOHAMMED AHMAD RAMADAN | محمد احمد رمضان | اسم المريض |
| Medical Record No : | 160434 | 160434 | رقم الملف |
| Gender : | Male | | الجنس |
| Nationality : | Egyptian مصري | | الجنسية |
| Occupation : | Skilled Worker - عامل | | المهنة |
| Place of work : | | | جهة العمل |
| Date of Visit | 02/12/2024 | | تاريخ المراجعة |
| Adm Date : | 02/12/2024 | | تاريخ الدخول |
| Discharge Date : | 15/12/2024 | | تاريخ الخروج |

Recommendation

التوصيات

- Following medical examination, it is recommended
 sick leave for 14 day(s)
Starting from 02/12/2024 To 15/12/2024 15/12/2024 الى 02/12/2024 من اعتبارا من يوم
- Follow up before end of sick leave
 Referral to Medical Committee for following reasons
 Approval of sick leave
 Cannot be treated at this facility
 Permanent or partial disability
- Other _____
Diagnosis التهاب الزائدة الدودية وتم اجراء عملية استئصال الزائدة الدودية جراحيا بالمنظار
- بالكشف على المريض نوصي بالاتي :
 منحه إجازة مرضية لمدة (كتابة
ورقما:..... يوم
 مراجعة الطبيب المعالج قبل انتهاء اجازته
 حالته للهيئة الطبية العامة لإحد الأسباب التالية
 اعتماد تقرير الإجازة الطبية
 من غير الممكن علاجه في المستشفى
 حالته تدل على عجزه الصحي على العمل
 اخرى _____

Approvals

| | | |
|-------------------------|--|--------------------|
| Treating Physician name | Dr. Shady Salaheldin | اسم الطبيب المعالج |
| Signature | | التوقيع |
| Physician Name | Dr. Shady Shahin Senior Registrar G. Surgery GS002 | اسم الطبيب |
| Signature | | التوقيع |
| Deputy CMO | Dr. Mohammed Samir | المدير الطبي |
| Name | | الاسم |
| Signature | | التوقيع |

سعادة
 اشارة الى حالتكم رقم
المحبرم بتاريخ
بشان الكشف الطبي على الموضح اسمه اعلاه تجدون بعالية التقرير الصادر بشأنه

