

20,Abd. Malik Bin Marwan St

Post Box - 3096

Riyadh - 11471



التاريخ 1441/11/27

SICK LEAVE REPORT

18-JUL-20 09:50 AM

Medisys ID:R06201

Patient Type Out Patient No 036423 / 2020 الرقم

Patient Name	GHULAM MUSTAFA REHMAN	اسم المريض
Medical Record No	72302346	رقم السجل الطبي 72302346
Gender	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	الجنس <input checked="" type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> انثى
Nationality	PAKISTANI	الجنسية باكستاني
Date of Birth	09/10/1989	تاريخ الميلاد 09/10/1989
Occupation	Employee	المهنة Employee
Place of Work		جهة العمل
Date of Visit	18/07/2020	تاريخ المراجعة 1441/11/27
Adm. Date		تاريخ الدخول
Discharge Date		تاريخ الخروج

Recommendation

التوصيات

Following medical examination, patient was found

بالكشف على المرض تبين انه

- | | | | |
|-------------------------------------|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Unable to work temporarily | غير قادر علي العمل مؤقتا | <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Need Complete rest at Home | يحتاج للراحة التامة في المنزل | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Needs to recover from illness/Surgery in Hospital | يحتاج للتعافي من مرض او اجراء جراحي بالمستشفى | <input type="checkbox"/> |

We recommend Sick leave for 14 days (s)

ونوصي بالاتي : منحه اجازة مرضيه لمدة 14 يوم

Starting From 18/07/2020 To 31/07/2020

اعتبارا من 1441/12/10 هـ إلى 1441/11/27 هـ

- | | | | |
|---|------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Follow up before end of sick leave | مراجعته الطبيب المعالج قبل انتهاء اجازته | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Referral to Medical Committee for following reasons : | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Approval of sick leave | احالته الى الهيئة الطبية لاحد الاسباب التالية | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Cannot be treated at this facility | اعتماد التقرير الطبي | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Permanent or partial disability | من غير الممكن علاجه في المستشفى | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | | حالته تدل على عجزه الصحي عن العمل بصوره جزئية أو قطعية | <input type="checkbox"/> |

Remarks CASE OF CONFIRMED COVID-19 (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. 4792 GCH

طبيب مشارك اسم :

SPECIALITY: _____ Date: 18/07/2020 التاريخ

التخصص:

Approval by the Medical Director Stamp

الختم

تصديق المدير الطبي

MEDICAL DIRECTOR

مدير الطبي

Signature:

التوقيع



التوقيع