صورة الشخصية
Photograph

4cm X 3cm

دولة قطر
وزارة الصحة العامة
إدارة القومسيون الطـبي

STATE OF QATAR
Ministry of Public Health
Medical Commission Department

MEDICAL FITNESS CERTIFICATE شهادة لياقة طبية

Date : ..... : التاريخ

M.C. No. : ..... : رقم القومسيون الطبي

Name : ..... : الإسم

Nationality : ..... D.O.B : ..... Sex : M ☐ F ☐ : الجنس ..... : تاريخ الميلاد ..... : الجنسية

Occupation : ..... : المهنة

Passport No. : ..... : رقم الجواز

Q.I.D No. : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ : الرقم الشخصي

Employer : ..... : المستقدم

Contact No. : ..... : رقم التليفون

Purpose of Medical Examination : ..... : الغرض من الفحص الطبي

	Normal	Abnormal	Not Done
CXR	☐	☐	☐
Creatinine	☐	☐	☐

	Negative	Positive	Not Done
HIV	☐	☐	☐
HBsAg	☐	☐	☐
Anti HBs	☐	☐	☐

☐ For HBV Vaccination

	Negative	Positive	Not Done
Anti-HCV	☐	☐	☐
HCV PCR	☐	☐	☐
RPR	☐	☐	☐
PPD	☐	☐ .....mm	☐
Quantiferon TB	☐	☐	☐

☐ Indeterminate Quantiferon TB

MEDICAL HISTORY :

Do you have Epilepsy, Bronchial Asthma, Psychiatric Disorders, Hearing Problems? ☐ No ☐ Yes .....

هل تعاني من الصرع، الربو، الأمراض النفسية، مشاكل في السمع؟ ☐ لا ☐ نعم .....

Applicant's Sign : ..... توقيع المراجع : .....

PHYSICAL EXAMINATION :

BP: P: Height: Weight: Vision R/L: /

DOCTOR'S COMMENTS :

☐ **FIT** ☐ **UNFIT** Comments : .....

Doctor's Signature / Date / Stamp
Medical Commission Department Stamp

Attachment : Recent Photo, Letter from Employer

المرفقات : صورة حديثة، كتاب من جهة العمل

mc/gen/frm/001/14