



الاستمارة الموحدة للفحص الطبي للطلبة الجدد

United Medical Examination Form for New Students

عزيزي الطالب يرجى إتباع التعليمات التالية:

1. الرجاء تعبئة الصفحة الخاصة بالتاريخ الصحي لك (صفحة رقم 2) ومن ثم طباعتها.
2. الرجاء طباعة أوراق الفحص الطبي وعددها أربع صفحات بما فيها هذه الصفحة.
3. يجب عليك التوجه لإحدى المراكز الصحية المبينة أدناه.
4. لن يقبل الفحص الطبي إذا تم إجراؤه في مركز صحي غير مذكور ضمن المراكز المدونة في الأسفل.
5. الرجاء إبراز البطاقة الصحية للمركز الطبي.

المراكز الطبية مستخرج هنا أوتوماتيكيا

To the responsible physicians:

The United Arab Emirates University, the Higher Colleges of Technology, Zayed University, and Scholarships Department require that students who are accepted into their institutions have the attached medical certificate complete.

Please conduct a medical examination of this student and complete the attached Student Medical Examination Form. Please attach a detailed medical report to clarify any medical condition, as well as your recommendations for academic support or accommodation for this condition.

If a student claims to have a medical condition not covered by this medical examination, evidence of the condition must be provided to the examining physician and information on the condition must be attached to this form.

The information provided in this document is intended to support students in their academic success and will not prevent their acceptance into the institutions.

All information on this form will be kept strictly confidential.

The completed medical form is to be returned in two weeks after the examination is done to the nearest Health Zone Office where it will be picked up by the National Admissions and Placement Office (NAPO) staff.

Thank you for your assistance.

تعليمات خاصة بالأطباء:

يتوجب على جميع الطلبة المقبولين في جامعة الإمارات وكليات التقنية العليا وجامعة زايد والبعثات الخارجية استكمال استمارة الفحص الطبي المرفقة.

لذا يرجى إجراء الفحص الطبي للطلاب وملئ الاستمارة المرفقة. كما يرجى إرفاق تقرير طبي للطالب الذي يعاني من حالة صحية على أن يشتمل التقرير على شرح لهذه الحالة وتوصياتكم بخصوص الدعم أو التسهيلات الأكاديمية.

في حال ذكر أن أحد الطلبة يعاني من حالة صحية غير مشمولة في استمارة الفحص الطبي، على الطالب تقديم الإثبات للطبيب الفاحص وإرفاق المعلومات بهذه الاستمارة.

تهدف المعلومات المتوفرة في هذا الملف إلى تقديم الدعم للطلبة من أجل تحقيق النجاح الأكاديمي ولا تعيق نتائج هذا الفحص عملية قبولهم في المؤسسات المذكورة.

تعتبر هذه الوثيقة سرية للغاية.

يرجى إعادة استمارة الفحص الطبي إلى إدارة المنطقة الصحية التابع لها المركز حيث سيقوم قسم القبول والتسجيل بوزارة التعليم العالي والبحث العلمي بجمع الاستمارات التي استوفيت بيانات الفحص الطبي، على أن لا تتجاوز مدة بقائه لدى المركز الطبي أكثر من أسبوعين.

شاكرين لكم حسن تعاونكم معنا

يرجى ملئ هذه الاستمارة من قبل جهة طبية مختصة
This form must be completed by an authorized medical center



P.O. Box 45372, Abu Dhabi, UAE
Tel.: 02-642 8400 Fax: 02-642 7172
E-mail: ask@napo.ae Web: www.napo.ae

| PHYSICAL EXAMINATION | VITAL SIGNS |
|----------------------|-------------|
| Height:..... | B.P:..... |
| Weight:..... | Pulse:..... |
| BMI:..... | |

| ABDOMINAL EXAMINATION |
|-----------------------|
| Liver:..... |
| Spleen:..... |
| Hernia:..... |

| CHEST EXAMINATION |
|--------------------------------------|
| Heart: |
| Lungs (chest X-ray, if needed):..... |

| EYE EXAMINATION (Visual acuity) |
|-------------------------------------|
| Rt Eye(with/without glasses): |
| Lt Eye (with/without glasses):..... |

| HEARING EXAMINATION |
|---------------------|
| |

| Laboratory results (Blood Group) | |
|-----------------------------------|----------------|
| Blood group & RH:..... | RBS:..... |
| CBC: | ESR:..... |
| TB:..... | Hepatitis (A): |
| HB:..... | Hepatitis (B): |
| HIV:..... | Hepatitis (C): |

| Urine analysis |
|----------------|
| |

| | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Fit | <input type="checkbox"/> Fit with special needs: |
|-------------------------------------|---|

| |
|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Unfit |
|---------------------------------------|

| |
|--|
| <input type="radio"/> Infectious Disease (specify) Comments & recommendations: |
|--|

| |
|--|
| <input type="radio"/> Disability (specify) Comments & recommendations: |
|--|

| |
|--|
| <input type="radio"/> Long treatment disease (specify) Comments & recommendations: |
|--|

| |
|--|
| <input type="radio"/> Others (specify) Comments & recommendations: |
|--|

Health center:.....

Doctor's name & signature:.....

| | |
|-------------------------------|----------------------------------|
| NAPO ID No.: رقم الطلب: | |
| Name: الاسم: | |
| Address: العنوان: | Date of birth: تاريخ الميلاد: |
| Telephone: الهاتف المتحرك: | |

على الطالب أن يملأ هذا الجزء من الاستمارة

| Medical History | | | التاريخ الصحي |
|---|----|-----|---|
| اسم العملية وتاريخها: Type of surgery/date | لا | نعم | هل أجريت أي عملية جراحية? Have you ever had any surgery? |
| اسم الدواء، الكمية والعدد: Medication, dosage, frequency | لا | نعم | هل تأخذ أدوية بشكل روتيني? Do you take any medicine on a regular basis? |
| حدد، specify | لا | نعم | هل تستخدم أي أجهزة طبية مساعدة أو تعويضية? Do you use any medical devices? |
| حدد، specify | لا | نعم | هل لديك حساسية من أي دواء? Are you allergic to any medicine? |
| حدد، specify | لا | نعم | هل لديك حساسية من أي أطعمة? Are you allergic to any food? |
| حدد، specify | لا | نعم | هل لديك حساسية من لدغ الحشرات? Do you have any insect allergy? |
| حدد / وضع الأعراض: specify the symptoms Please, | لا | نعم | هل لديك أي حساسية أخرى? Do you have any other allergies? |
| أي تطعيمات أخرى (انكرها): Any additional vaccinations | لا | نعم | هل أخذت جميع التطعيمات المطلوبة? Have you had all the required vaccinations? |
| حدد، specify | لا | نعم | هل لديك بطاقة تأمين صحي? Do you have a Health Insurance Card? |

| Have you had any of the following? | هل تعاني من أي من الأمراض المذكورة تالياً؟ | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> فقر الدم Anemia | <input type="checkbox"/> مرض الكلى Kidney disease | <input type="checkbox"/> الربو Asthma |
| <input type="checkbox"/> مشاكل المعدة أو القولون Stomach/intestinal problem (s) | <input type="checkbox"/> أمراض القلب Cardiovascular disease | <input type="checkbox"/> السرطان أو الأورام Cancer or tumors |
| <input type="checkbox"/> السكري Diabetes | <input type="checkbox"/> مشاكل نفسية Psychological problem(s) | <input type="checkbox"/> مشاكل في الظهر Back problem(s) |
| <input type="checkbox"/> مشاكل في الأنف / الحنجرة Nose/throat problem(s) | <input type="checkbox"/> مشاكل في العين أو البصر Eye/vision problem(s) | <input type="checkbox"/> النطق بصعوبات في Speech difficulties |
| <input type="checkbox"/> مشاكل السمع Hearing problem(s) | <input type="checkbox"/> الصرع Epilepsy/seizures | <input type="checkbox"/> عمى الألوان Color blindness |
| <input type="checkbox"/> أمراض أو إصابات في المفاصل Joint disease or injury | <input type="checkbox"/> السل TB | <input type="checkbox"/> أي أمراض أخرى If other, please specify |
| <input type="checkbox"/> الصداع، الصداع النصفي Recurrent headache/ migraine | <input type="checkbox"/> احتياجات خاصة Special needs | |
| <input type="checkbox"/> مشاكل بالغدة الدرقية Thyroid problem(s) | | |

أتعهد بأن جميع البيانات السابقة في استمارة الفحص الطبي صحيحة.

I confirm that all information provided in the medical form is correct.

يحق لمؤسسات التعليم العالي الحصول على التقارير الطبية من المراكز الصحية

institutions have the right to obtain medical reports from health centers Higher education

توقيع الطالب:.....
Student's signature:.....