

صورة شخصية
للمكلف

الاسم: _____

الرقم المدني: _____

الجنسية: _____

النوع: أنثى ذكر

التاريخ المرضي: _____

هل يعاني من سكر - ضغط - أمراض نفسية - جلطات
أمراض القلب - أو أي أمراض أخرى

هل توجد مضاعفات من الأمراض السابقة؟

العلاج الحالي:

الفحوصات:

	NORMAL	COMMENT
CBC		
RENAL FUNCHION		
LIVER FUNCHION		
CHEST X-RAY		
ECG		

فحوصات أخرى ANTI HCV-HBS Ag- HIV

ملاحظات عامة:

ملاحظات الهيئة العامة لشؤون ذوي الإعاقة

اسم المركز

اسم/ختم الطبيب