



جامعة الدول العربية
مجلس وزراء الصحة العرب
المجلس العربي للاختصاصات الصحية
المجلس العلمي لاختصاص الأمراض الباطنة

طلب التقدم

للامتحان الأولي لاختصاص الأمراض الباطنة

1. الاسم الكامل باللغة العربية :
رقم التسجيل:
2. مكان وتاريخ الميلاد
3. اسم المستشفى: المدينة:
4. القَطْر: الجنسية:
5. عنوان المتدرب الدائم:
6. عنوان المتدرب الحالي :
رقم الهاتف: رقم الجوال :
رقم الفاكس:
البريد الإلكتروني:
7. تاريخ بدء التدريب: / /
8. هل قمت بإيقاف التدريب أو انقطعت عنه.
إذا كانت الإجابة نعم أذكر المدة: من إلى / /
9. هل سبق لك التقدم لهذا الامتحان :
إذا كانت الإجابة نعم:
أذكر عدد المرات: مرة واحدة مرتين ثلاث مرات لا
10. المركز الامتحاني الذي ترغب إجراء الامتحان به حسب ترتيب الرغبة:
-1 -2 -3 -4

11. أنا الطبيب و المتقدم للامتحان الأولي الكتابي ، أقر بأني ملتزم
بالأنظمة والإجراءات الخاصة بالامتحان. وأرفق الرسوم المطلوبة .

توقيع المتقدم

نموذج استمارة تقييم للأطباء المقيمين للاختصاص

الاسم : الاختصاص:

المستشفى: السنة التدريسية:

تاريخ المباشرة:

لا

نعم

هل قام بإتمام برنامج تدريب المجلس كاملاً:

ضعيف D	وسط C	جيد B	ممتاز A	
				١- المعلومات في العلوم الأساسية
				٢- المعلومات السريرية
				٣- السريرييات من خلال المعالجة وحل المشكلات
				٤- المهارات في الإجراءات الطبية المختلفة
				٥- الاعتماد والمسؤولية تجاه الاعتناء بالمريض
				٦- الاهتمام والمبادرة
				٧- الاستقامة والمهنية
				٨- العلاقات بالهيئة التدريسية، الأطباء، المقيمين، الطلاب، الممرضات
				٩- العلاقات والتفاني في خدمة المرضى
				١٠- الاهتمام والقدرة على التدريب
				١١- استكمال سجل المهارات Log book خلال السنة الأولى من التدريب

ملاحظات أخرى:

.....

الإجازات الإدارية: الإجازات الصحية: الغياب:

اسم رئيس القسم:

اسم المشرف على التدريب:

التوقيع:

التوقيع:

التاريخ:

التاريخ:

