



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

طلب التقدم

## للامتحان النهائي الكتابي لاختصاص الأمراض الباطنة

١. الاسم الكامل باللغة العربية :  
.....  
.....  
الاسم الكامل باللغة الإنكليزية :  
.....  
.....
٢. مكان وتاريخ الميلاد .....
٣. اسم المستشفى: ..... المدينة : .....
٤. القطر: ..... الجنسية: .....
٥. عنوان المتدرب الدائم:  
.....  
.....  
رقم الهاتف: ..... رقم الجوال : .....
- رقم الفاكس: .....
- البريد الإلكتروني: .....
٦. عنوان المتدرب الحالي :  
.....  
.....  
رقم الهاتف: .....
- البريد الإلكتروني : .....
٧. تاريخ بدء التدريب: ..... / ..... / .....
٨. هل سبق لك التقدم لهذا الامتحان :  نعم  لا  
إذا كانت الإجابة نعم:  
اذكر عدد المرات:  مرة واحدة  مرتين  ٣ مرات  ٤ مرات
٩. تاريخ النجاح في القسم الأولي: ..... / ..... / .....
١٠. تاريخ النجاح بالمهارات السريرية : ..... / ..... / ..... (يرفق قرار المشرف على التدريب)
١١. استيفاء السجل العمي والعملي (Log Book) موقع من رئيس القسم ومشرف التدريب :  نعم  لا
١٢. المركز الامتحاني الذي يرغب إجراء الامتحان به على حسب ترتيب الرغبة:  
١- ..... ٢- ..... ٣- ..... ٤- .....
١٣. أنا الطبيب ..... و المتقدم للامتحان النهائي الكتابي ، أقر بأني ملتزم  
بالأنظمة والإجراءات الخاصة بالامتحان . وأرفق المستندات التالية :
  ١. وثيقة تثبت النجاح بالقسم الأول.
  ٢. وثيقة تثبت النجاح بالمهارات السريرية
  ٣. الرسوم المطلوبة .

توقيع المتقدم

## نموذج استمارة تقييم للأطباء المقيمين للاختصاص

الاسم : ..... الاختصاص: .....

المستشفى: ..... السنة التدريسية: .....

تاريخ المباشرة: .....

هل قام بإتمام برنامج تدريب المجلس كاملاً:  نعم  لا

ممتاز A	جيد B	وسط C	ضعيف D	
				١- المعلومات في العلوم الأساسية
				٢- المعلومات السريرية
				٣- السريريّات من خلال المعالجة وحل المشكلات
				٤- المهارات في الإجراءات الطبية المختلفة
				٥- الاعتماد والمسؤولية تجاه الاعتناء بالمرضى
				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)

ملاحظات أخرى: .....

.....

الإجازات الإدارية: ..... الإجازات الصحية: ..... الغياب: .....

اسم رئيس القسم:

اسم المشرف على التدريب:

التوقيع:

التوقيع:

التاريخ:

التاريخ:

