

اسم المتقدم: ..................................................... رقم سجل الاختصاص: ..................................

القطر: ........................................ مركز التدريب: ...................................................................

**تعليمات عامة للمتقدم**

1- اقرأ التعلميات قبل تعبئة أي جزء من الكتاب - سجل سير التدريب - حيث أن كل صفحة فيه مكتوبة بشكل واضح. إذا وجدت أية صعوبة عليك باستشارة مسؤول التدريب في مستشفاك.

2- عليك بتعبئة الكتاب لكامل مدة التدريب على أن تكون تعبئة الكتاب على أسس يومية وتقدم صورة منه سنوياً للجنة التدريب والتوصيف وشؤون الاعتراف للتأكد من كفاءة العملية التدريبية.

3- قبل انتهاء مدة التدريب بثلاثة شهور يرسل المشرف تقريراً إلى الأمانة العامة بموافقته على ما جاء في سجل التدريب.

4- على المسؤول عن التدريب أن يوقع ويؤرخ بدء التدريب على هذا الكتاب.

5- على المتدرب أن يحمل كتاب التدريب معه باستمرار اثناء العمل.

6- على المتدرب كتابة فترات الغياب المرضي والإجازات.

**تعليمات للمشرف على التدريب**

يطلب من المشرف على التدريب التوقيع على الأنشطة المدونة في سجل التدريب.

في حال وجود نقص بالتدريب في الناحية العملية أو النظرية فيجب أن يبين ذلك مع اتخاذ جميع الإجراءات للتغلب عليه.

وإذا اتخذت بعض الإجراءات خارج محتويات كتاب / سجل سير التدريب / فعلى المشرف على التدريب

ذكر ذلك حتى تستطيع لجنة التدريب والتوصيف الاطلاع عليه.

**معلومات شخصية:**

الإسم الأول:..........................الثاني:.............................العائلة:.........................

الجنس:.............................مكان وتاريخ الولادة:................... الجنسية:..................

سنة التخرج:................................... الجامعة:...............................................

دراسات عليا:...............................................................................................

تاريخ الحصول على الجزء الأول:......................................................................

**التدريب:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **القسم / الوحدة** | **الى** | **من**  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**تعليق مدير التدريب**

بهذا نفيد بأن الطبيب : ..................................................................................

قد امضى فترة التدريب و اكمل متطلبات التدريب المقررة ومواظب على حضور الأنشطة العلمية وعليه يعد مؤهلاً لدخول الامتحان المعرفي الثاني

التعليق

................................................................................................................

................................................................................................................

................................................................................................................

................................................................................................................

................................................................................................................

................................................................................................................

................................................................................................................

مدير التدريب................................... التوقيع.......................... التاريخ................

البريد الإلكتروني: ........................................ رقم الهاتف: ................................

**الإجازات السنوية: الإجازات المرضية:**

|  |  |
| --- | --- |
| إلى | من |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| إلى | من |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

اعتماد المكتب الإداري بمركز التدريب:

الاسم : .......................................... التوقيع.......................... التاريخ................

البريد الإلكتروني: ........................................ رقم الهاتف: ................................

**النشاط العلمي المطلوب استيفاؤه من المتدرب لإعتماد التدريب قبل دخول الامتحان**

Minimal Requirements

Case presentations 2/year

Journal Club 2/year

Clinical meeting / morning report 1/week

Out Patient Clinic 1/week

Emergency, casualty and on call 1/week

Case report 1/3 months

**Case Presentation -1**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| توقيع المدرب | التشخيص | رقم سجل المريض | التاريخ |  |
|  |  |  |  | 1 |
|  |  |  |  | 2 |
|  |  |  |  | 3 |
|  |  |  |  | 4 |
|  |  |  |  | 5 |
|  |  |  |  | 6 |

اعتماد مدير التدريب

**Journal Club 2-**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| توقيع المدرب | المجلة- العدد – السنة – الصفحة- العنوان | التاريخ | ت |
|  |  |  | 1 |
|  |  |  | 2 |
|  |  |  | 3 |
|  |  |  | 4 |
|  |  |  | 5 |
|  |  |  | 6 |

اعتماد مدير التدريب

**Out Patient Clinic 3-**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| توقيع المدرب | العدد في الفترة المحددة | العيادة | التاريخ | ت |
| الى | من |
|  |  |  |  |  | 1 |
|  |  |  |  |  | 2 |
|  |  |  |  |  | 3 |
|  |  |  |  |  | 4 |
|  |  |  |  |  | 5 |
|  |  |  |  |  | 6 |
|  |  |  |  |  | 7 |
|  |  |  |  |  | 8 |
|  |  |  |  |  | 9 |
|  |  |  |  |  | 10 |
|  |  |  |  |  | 11 |
|  |  |  |  |  | 12 |
|  |  |  |  |  | 13 |
|  |  |  |  |  | 14 |
|  |  |  |  |  | 15 |
|  |  |  |  |  | 16 |

اعتماد مدير التدريب

**Emergency, casualty and on call 4 -**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **توقيع الاخصائي** | العدد في الفترة المحددة | **التاريخ** | **ت** |
| **الى** | **من** |
|  |  |  |  | **1** |
|  |  |  |  | **2** |
|  |  |  |  | **3** |
|  |  |  |  | **4** |
|  |  |  |  | **5** |
|  |  |  |  | **6** |
|  |  |  |  | **7** |
|  |  |  |  | **8** |
|  |  |  |  | **9** |
|  |  |  |  | **10** |
|  |  |  |  | **11** |
|  |  |  |  | **12** |
|  |  |  |  | **13** |
|  |  |  |  | **14** |
|  |  |  |  | **15** |
|  |  |  |  | **16** |

اعتماد مدير التدريب

**Morning report / Clinical meeting5-**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| توقيع المدرب | التاريخ | ت |
|  |  | 1 |
|  |  | 2 |
|  |  | 3 |
|  |  | 4 |
|  |  | 5 |
|  |  | 6 |
|  |  | 7 |
|  |  | 8 |
|  |  | 9 |
|  |  | 10 |
|  |  | 11 |
|  |  | 12 |
|  |  | 13 |
|  |  | 14 |
|  |  | 15 |
|  |  | 16 |

اعتماد مدير التدريب

 **(once every 3 month) Case report -6**

من خلال دوام المتدرب (العيادات، المناوبات، العمليات) مع اعتمادها من المدرب ويتم تقديمها الى لجنة البرامج كلاً على حده

Patient file number: ………………………………..

History: ………………………………………………………………

………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………

Examination (full ocular examination): ……………..……………………………………..……

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Investigation done (with related findings report):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………

Plan of management…………………………………………………………….

…………………………………………………………………………

Final outcome:**……………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………**

المدرب: ..................................... التوقيع.......................... التاريخ................

البريد الإلكتروني: ........................................ رقم الهاتف: ................................

**7- النشاطات العلمية التي قام بها المتدرب:**

(المحاضرات، الندوات العلمية، المشاركة في المؤتمرات والبحث العلمي)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **حضور** | **مشاركة** | **المكان** |  **العنوان**  | **التاريخ** |  |
|  |  |  |  |  | 1 |
|  |  |  |  |  | 2 |
|  |  |  |  |  | 3 |
|  |  |  |  |  | 4 |
|  |  |  |  |  | 5 |
|  |  |  |  |  | 6 |
|  |  |  |  |  | 7 |

ملاحظة:

**يطلب الاحتفاظ بكل العمل لتقديمه للجان الامتحانية بشكل ورقي عند التقدم الامتحان النهائي العملي**

اعتماد مدير التدريب

**-العمليات الجراحية المطلوب استيفائها من قبل المتدرب خلال الأربع سنوات كحد أدنى9**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Full case | Surgical Steps |
|  |  | Minor | Major | Minor | Major |
| 1 | Oculoplasty & Orbit | 20 | 10 | - | - |
| 2 | Lacrimal Surgery | 20 | - | - | 5 |
| 3 | Strabismus Surgery | 10 | 20 |
| 4 | ECCE, SICS | 5 | 5 |
| 5 | Phaco | 20 | 40 |
| 6 | Glaucoma Surgery | - | 2 | - | 10 |
| 7 | Corneal Surgery | 20 | 5 | 0 | 5 |
| 8 | Vitro-retinal Surgery | Attending 25 |
| 9 | Trauma | 10 | 20 |
| 10 | Laser | 50 |

• **Occuloplasty & Orbit:**

Minor: chalazion , Tarsotomy, Tarsoraphy, Repair of lid wound.

Major: Ptosis, reconstructive lid surgery.

• **Lacrimal Surgery**

Minor: Probing, Irrigation.

Major: DCR

• **Strabismus surgery:**

Recession, Resection

• **Glaucom Surgery:**

Major: Trabeculotomy, Trabeculectomy, Filtering with antimetabolites, Prosthesis and combined phaco–trab.

• **Corneal surgery:**

Minor: Removal of corneal FB, removal of corneal sutures.

Major: Pterygium surgery conjunctival and amniotic membrane grafts, Keratoplasty and repair of corneal laceration.

• **Vitreoretinal:**

 Scleral buckling procedures and pars plana vitrectomy.

Trauma: Corneoscleral laceration, AC washout, Intracameral FB, Deep corneal FB, etc..

• **Laser:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Laser Procedures |  | Complete |
| 1 | Argon Laser PRP |  | 20 |
| 2 | YAG Laser Iridotomy |  | 10 |
| 3 | YAG Laser Capsulotomy |  | 15 |
| 4 | Laser Trabeculoplasty |  | 5 |

1-Occuloplasty & Orbit :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| المدرب | Steps | surgeon | Operation | رقم السجل | التاريخ | ت |
|  |  |  |  |  |  | 1 |
|  |  |  |  |  |  | 2 |
|  |  |  |  |  |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  | 4 |
|  |  |  |  |  |  | 5 |
|  |  |  |  |  |  | 6 |
|  |  |  |  |  |  | 7 |
|  |  |  |  |  |  | 8 |
|  |  |  |  |  |  | 9 |
|  |  |  |  |  |  | 10 |
|  |  |  |  |  |  | 11 |
|  |  |  |  |  |  | 12 |
|  |  |  |  |  |  | 13 |
|  |  |  |  |  |  | 14 |
|  |  |  |  |  |  | 15 |
|  |  |  |  |  |  | 16 |
|  |  |  |  |  |  | 17 |
|  |  |  |  |  |  | 18 |
|  |  |  |  |  |  | 19 |
|  |  |  |  |  |  | 20 |
|  |  |  |  |  |  | 21 |
|  |  |  |  |  |  | 22 |
|  |  |  |  |  |  | 23 |
|  |  |  |  |  |  | 24 |
|  |  |  |  |  |  | 25 |
|  |  |  |  |  |  | 26 |
|  |  |  |  |  |  | 27 |
|  |  |  |  |  |  | 28 |
|  |  |  |  |  |  | 29 |
|  |  |  |  |  |  | 30 |

اعتماد المشرف

2- Lacrimal Surgery

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| المدرب | Steps | surgeon | Operation | رقم السجل | التاريخ | ت |
|  |  |  |  |  |  | 1 |
|  |  |  |  |  |  | 2 |
|  |  |  |  |  |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  | 4 |
|  |  |  |  |  |  | 5 |
|  |  |  |  |  |  | 6 |
|  |  |  |  |  |  | 7 |
|  |  |  |  |  |  | 8 |
|  |  |  |  |  |  | 9 |
|  |  |  |  |  |  | 10 |
|  |  |  |  |  |  | 11 |
|  |  |  |  |  |  | 12 |
|  |  |  |  |  |  | 13 |
|  |  |  |  |  |  | 14 |
|  |  |  |  |  |  | 15 |
|  |  |  |  |  |  | 16 |
|  |  |  |  |  |  | 17 |
|  |  |  |  |  |  | 18 |
|  |  |  |  |  |  | 19 |
|  |  |  |  |  |  | 20 |
|  |  |  |  |  |  | 21 |
|  |  |  |  |  |  | 22 |
|  |  |  |  |  |  | 23 |
|  |  |  |  |  |  | 24 |
|  |  |  |  |  |  | 25 |

اعتماد مدير التدريب

3- Strabismus Surgery

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| المدرب | Steps | surgeon | Operation | رقم السجل | التاريخ | ت |
|  |  |  |  |  |  | 1 |
|  |  |  |  |  |  | 2 |
|  |  |  |  |  |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  | 4 |
|  |  |  |  |  |  | 5 |
|  |  |  |  |  |  | 6 |
|  |  |  |  |  |  | 7 |
|  |  |  |  |  |  | 8 |
|  |  |  |  |  |  | 9 |
|  |  |  |  |  |  | 10 |
|  |  |  |  |  |  | 11 |
|  |  |  |  |  |  | 12 |
|  |  |  |  |  |  | 13 |
|  |  |  |  |  |  | 14 |
|  |  |  |  |  |  | 15 |
|  |  |  |  |  |  | 16 |
|  |  |  |  |  |  | 17 |
|  |  |  |  |  |  | 18 |
|  |  |  |  |  |  | 19 |
|  |  |  |  |  |  | 20 |
|  |  |  |  |  |  | 21 |
|  |  |  |  |  |  | 22 |
|  |  |  |  |  |  | 23 |
|  |  |  |  |  |  | 24 |
|  |  |  |  |  |  | 25 |
|  |  |  |  |  |  | 26 |
|  |  |  |  |  |  | 27 |
|  |  |  |  |  |  | 28 |
|  |  |  |  |  |  | 29 |
|  |  |  |  |  |  | 30 |

اعتماد مدير التدريب

4- ECCE, SlCS

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| المدرب | Steps | surgeon | Operation | رقم السجل | التاريخ | ت |
|  |  |  |  |  |  | 1 |
|  |  |  |  |  |  | 2 |
|  |  |  |  |  |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  | 4 |
|  |  |  |  |  |  | 5 |
|  |  |  |  |  |  | 6 |
|  |  |  |  |  |  | 7 |
|  |  |  |  |  |  | 8 |
|  |  |  |  |  |  | 9 |
|  |  |  |  |  |  | 10 |

اعتماد مدير التدريب

5- Phaco

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| المدرب | Steps | surgeon | Operation | رقم السجل | التاريخ | ت |
|  |  |  |  |  |  | 1 |
|  |  |  |  |  |  | 2 |
|  |  |  |  |  |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  | 4 |
|  |  |  |  |  |  | 5 |
|  |  |  |  |  |  | 6 |
|  |  |  |  |  |  | 7 |
|  |  |  |  |  |  | 8 |
|  |  |  |  |  |  | 9 |
|  |  |  |  |  |  | 10 |
|  |  |  |  |  |  | 11 |
|  |  |  |  |  |  | 12 |
|  |  |  |  |  |  | 13 |
|  |  |  |  |  |  | 14 |
|  |  |  |  |  |  | 15 |
|  |  |  |  |  |  | 16 |
|  |  |  |  |  |  | 17 |
|  |  |  |  |  |  | 18 |
|  |  |  |  |  |  | 19 |
|  |  |  |  |  |  | 20 |
|  |  |  |  |  |  | 21 |
|  |  |  |  |  |  | 22 |
|  |  |  |  |  |  | 23 |
|  |  |  |  |  |  | 24 |
|  |  |  |  |  |  | 25 |
|  |  |  |  |  |  | 26 |
|  |  |  |  |  |  | 27 |
|  |  |  |  |  |  | 28 |
|  |  |  |  |  |  | 29 |
|  |  |  |  |  |  | 30 |
|  |  |  |  |  |  | 31 |
|  |  |  |  |  |  | 32 |
|  |  |  |  |  |  | 33 |
|  |  |  |  |  |  | 34 |
|  |  |  |  |  |  | 35 |
|  |  |  |  |  |  | 36 |
|  |  |  |  |  |  | 37 |
|  |  |  |  |  |  | 38 |
|  |  |  |  |  |  | 39 |
|  |  |  |  |  |  | 40 |
|  |  |  |  |  |  | 41 |
|  |  |  |  |  |  | 42 |
|  |  |  |  |  |  | 43 |
|  |  |  |  |  |  | 44 |
|  |  |  |  |  |  | 45 |
|  |  |  |  |  |  | 46 |
|  |  |  |  |  |  | 47 |
|  |  |  |  |  |  | 48 |
|  |  |  |  |  |  | 49 |
|  |  |  |  |  |  | 50 |
|  |  |  |  |  |  | 51 |
|  |  |  |  |  |  | 52 |
|  |  |  |  |  |  | 53 |
|  |  |  |  |  |  | 54 |
|  |  |  |  |  |  | 55 |
|  |  |  |  |  |  | 56 |
|  |  |  |  |  |  | 57 |
|  |  |  |  |  |  | 58 |
|  |  |  |  |  |  | 59 |
|  |  |  |  |  |  | 60 |

اعتماد مدير التدريب

6- Glaucoma

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| المدرب | Steps | surgeon | Operation | رقم السجل | التاريخ | ت |
|  |  |  |  |  |  | 1 |
|  |  |  |  |  |  | 2 |
|  |  |  |  |  |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  | 4 |
|  |  |  |  |  |  | 5 |
|  |  |  |  |  |  | 6 |
|  |  |  |  |  |  | 7 |
|  |  |  |  |  |  | 8 |
|  |  |  |  |  |  | 9 |
|  |  |  |  |  |  | 10 |
|  |  |  |  |  |  | 11 |
|  |  |  |  |  |  | 12 |

اعتماد مدير التدريب

7- Corneal Surgery

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| المدرب | Steps | surgeon | Operation | رقم السجل | التاريخ | ت |
|  |  |  |  |  |  | 1 |
|  |  |  |  |  |  | 2 |
|  |  |  |  |  |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  | 4 |
|  |  |  |  |  |  | 5 |
|  |  |  |  |  |  | 6 |
|  |  |  |  |  |  | 7 |
|  |  |  |  |  |  | 8 |
|  |  |  |  |  |  | 9 |
|  |  |  |  |  |  | 10 |
|  |  |  |  |  |  | 11 |
|  |  |  |  |  |  | 12 |
|  |  |  |  |  |  | 13 |
|  |  |  |  |  |  | 14 |
|  |  |  |  |  |  | 15 |
|  |  |  |  |  |  | 16 |
|  |  |  |  |  |  | 17 |
|  |  |  |  |  |  | 18 |
|  |  |  |  |  |  | 19 |
|  |  |  |  |  |  | 20 |
|  |  |  |  |  |  | 21 |
|  |  |  |  |  |  | 22 |
|  |  |  |  |  |  | 23 |
|  |  |  |  |  |  | 24 |
|  |  |  |  |  |  | 25 |
|  |  |  |  |  |  | 26 |
|  |  |  |  |  |  | 27 |
|  |  |  |  |  |  | 28 |
|  |  |  |  |  |  | 29 |
|  |  |  |  |  |  | 30 |

اعتماد مدير التدريب

8-Vitreoretinal

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| المدرب | Attending | Steps | Operation | رقم السجل | التاريخ | ت |
|  |  |  |  |  |  | 1 |
|  |  |  |  |  |  | 2 |
|  |  |  |  |  |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  | 4 |
|  |  |  |  |  |  | 5 |
|  |  |  |  |  |  | 6 |
|  |  |  |  |  |  | 7 |
|  |  |  |  |  |  | 8 |
|  |  |  |  |  |  | 9 |
|  |  |  |  |  |  | 10 |
|  |  |  |  |  |  | 11 |
|  |  |  |  |  |  | 12 |
|  |  |  |  |  |  | 13 |
|  |  |  |  |  |  | 14 |
|  |  |  |  |  |  | 15 |
|  |  |  |  |  |  | 16 |
|  |  |  |  |  |  | 17 |
|  |  |  |  |  |  | 18 |
|  |  |  |  |  |  | 19 |
|  |  |  |  |  |  | 20 |
|  |  |  |  |  |  | 21 |
|  |  |  |  |  |  | 22 |
|  |  |  |  |  |  | 23 |
|  |  |  |  |  |  | 24 |
|  |  |  |  |  |  | 25 |

اعتماد مدير التدريب

**9- Trauma**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| المشرف | Complete | Step | نوع الليزر | رقم السجل | التاريخ | ت |
|  |  |  |  |  |  | 1 |
|  |  |  |  |  |  | 2 |
|  |  |  |  |  |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  | 4 |
|  |  |  |  |  |  | 5 |
|  |  |  |  |  |  | 6 |
|  |  |  |  |  |  | 7 |
|  |  |  |  |  |  | 8 |
|  |  |  |  |  |  | 9 |
|  |  |  |  |  |  | 10 |
|  |  |  |  |  |  | 11 |
|  |  |  |  |  |  | 12 |
|  |  |  |  |  |  | 13 |
|  |  |  |  |  |  | 14 |
|  |  |  |  |  |  | 15 |
|  |  |  |  |  |  | 16 |
|  |  |  |  |  |  | 17 |
|  |  |  |  |  |  | 18 |
|  |  |  |  |  |  | 19 |
|  |  |  |  |  |  | 20 |
|  |  |  |  |  |  | 21 |
|  |  |  |  |  |  | 22 |
|  |  |  |  |  |  | 23 |
|  |  |  |  |  |  | 24 |
|  |  |  |  |  |  | 25 |
|  |  |  |  |  |  | 26 |
|  |  |  |  |  |  | 27 |
|  |  |  |  |  |  | 28 |
|  |  |  |  |  |  | 29 |
|  |  |  |  |  |  | 30 |

اعتماد مدير التدريب

**10- Laser procedures**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| المشرف | Complete | Step | نوع الليزر | رقم السجل | التاريخ | ت |
|  |  |  |  |  |  | 1 |
|  |  |  |  |  |  | 2 |
|  |  |  |  |  |  | 3 |
|  |  |  |  |  |  | 4 |
|  |  |  |  |  |  | 5 |
|  |  |  |  |  |  | 6 |
|  |  |  |  |  |  | 7 |
|  |  |  |  |  |  | 8 |
|  |  |  |  |  |  | 9 |
|  |  |  |  |  |  | 10 |
|  |  |  |  |  |  | 11 |
|  |  |  |  |  |  | 12 |
|  |  |  |  |  |  | 13 |
|  |  |  |  |  |  | 14 |
|  |  |  |  |  |  | 15 |
|  |  |  |  |  |  | 16 |
|  |  |  |  |  |  | 17 |
|  |  |  |  |  |  | 18 |
|  |  |  |  |  |  | 19 |
|  |  |  |  |  |  | 20 |
|  |  |  |  |  |  | 21 |
|  |  |  |  |  |  | 22 |
|  |  |  |  |  |  | 23 |
|  |  |  |  |  |  | 24 |
|  |  |  |  |  |  | 25 |
|  |  |  |  |  |  | 26 |
|  |  |  |  |  |  | 27 |
|  |  |  |  |  |  | 28 |
|  |  |  |  |  |  | 29 |
|  |  |  |  |  |  | 30 |
|  |  |  |  |  |  | 31 |
|  |  |  |  |  |  | 32 |
|  |  |  |  |  |  | 33 |
|  |  |  |  |  |  | 34 |
|  |  |  |  |  |  | 35 |
|  |  |  |  |  |  | 36 |
|  |  |  |  |  |  | 37 |
|  |  |  |  |  |  | 38 |
|  |  |  |  |  |  | 39 |
|  |  |  |  |  |  | 40 |
|  |  |  |  |  |  | 41 |
|  |  |  |  |  |  | 42 |
|  |  |  |  |  |  | 43 |
|  |  |  |  |  |  | 43 |
|  |  |  |  |  |  | 45 |
|  |  |  |  |  |  | 46 |
|  |  |  |  |  |  | 47 |
|  |  |  |  |  |  | 48 |
|  |  |  |  |  |  | 49 |
|  |  |  |  |  |  | 50 |

اعتماد مدير التدريب

**تعليق المستشارين (المدربين) على التدريب للمتقدمين**

بهذا نفيد بأن الطبيب:......................................................................... كان حسن السيرة طيلة فترة تدريبة وله القدرة على التعامل مع المرضى والزملاء وكافة الفرق الطبية معاملة تؤهله للحصول على شهادة المجلس العربي للتخصصات الصحية. وكذلك اكتسب المهارات التي تؤهله للتقدم للامتحان المعرفي الثاني والامتحان السريري النهائي للتخصص.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| الهاتف | البريد الإلكتروني | التوقيع | الاسم |  |
|  |  |  |  | 1 |
|  |  |  |  | 2 |
|  |  |  |  | 3 |

اعتماد مدير التدريب