

تقرير طبي

التاريخ: ____ / ____ / ____ م

تشهد/تفيد [اسم المنشأة الصحية] بأن السيدة:

- الاسم :
- رقم الهوية/الإقامة :
- العمر: سنة
- رقم الملف الطبي :
- تاريخ الزيارة: ____ / ____ / ____ م

قد حضرت إلى المنشأة الصحية وتم إجراء الفحص الطبي اللازم لها.

البيانات الطبية:

- عمر الحمل: أسبوعًا .
- تاريخ آخر دورة شهرية: ____ / ____ / ____ م .
- موعد الولادة المتوقع: ____ / ____ / ____ م .
- نتيجة الفحص :
- الملاحظات الطبية :
- الفحوصات/التحاليل :

التوصية الطبية:

بعد تقييم الحالة، يوصى بـ:

- ☐ الاستمرار في العمل/الدراسة بشكل طبيعي.
- ☐ تخفيف المجهود البدني.
- ☐ الراحة لمدة: يومًا.
- ☐ تجنب الوقوف لفترات طويلة.
- ☐ تجنب الأعمال الشاقة.
- ☐ المتابعة الطبية الدورية.
- ☐ أخرى..... :

مدة الراحة/الإجازة الموصى بها: من ____ / ____ / ____ م إلى ____ / ____ / ____ م.

- اسم الطبيب..... :
- التخصص..... :
- رقم الترخيص المهني..... :
- التوقيع..... :
- ختم المنشأة الصحية..... :