



وزارة المواصلات  
مصلحة الموانئ والنقل البحري  
نموذج كشف طبي للمرشدين البحريين  
LIBYAN PORTS & MARITIME TRANSPORT  
AUTHORITY

MEDICAL FITNESS EXAMINATIONS OF MARINE PILOTS

Given Names : .....	الاسم ثلاثي : .....	
Family Name : .....	اللقب : .....	
OCCUPATION : ..... الوظيفة :	Blood group: ..... فصيلة الدم	Date of birth (.....) تاريخ الميلاد
COMPANY NAME : .....	اسم الشركة : .....	اسم الميناء : .....
Passport No./Discharge Book No .....	جواز السفر : .....	
Nationality: LIBYAN	الجنسية : ليبي	

A. EXAMINEE'S PERSONAL DECLARATION

(Assistance should be offered by medical staff)

Have you ever had any of the following conditions

أ. إقرار شخصي من المتقدم للكشف

(ينبغي أن تقدم المساعدة لتعبئة الإقرار من قبل الكادر الطبي)

هل سبق أن كان لديك أي من الحالات التالية

Condition	الحالة	Yes	No	Condition	الحالة	Yes	No
1	مشكلة في العين /الرؤية Eye/vision problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	مشاكل في النوم Sleep problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	ارتفاع في ضغط دم High blood pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	هل تدخن ، تتعاطى الخمر أو المخدرات؟ Do you smoke, drink alcohol or take drugs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	أمراض القلب / الأوعية الدموية Heart/vascular disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	عملية جراحية /العملية Operation/surgery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	جراحة القلب Heart surgery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	الصرع /المضبوطات Epilepsy/seizures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	الدوالي Varicose veins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	دوخة /إغماء Dizziness/fainting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	الربو /التهاب الشعب الهوائية Asthma/bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12	فقدان الوعي Loss of consciousness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	إضطراب في الدم Blood disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	مشاكل نفسية Psychiatric problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	مرض السكري Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16	كآبة Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	مشكلة الغدة الدرقية Thyroid problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18	محاولة الإنتحار Attempted suicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LP&MTA-P03-F5.1	الصفحة 1 من 2	مدة الحفظ: 3 سنوات	20 / /	تاريخ التعديل:	2020/11/05	تاريخ الإصدار:	0/1	إصدار / تعديل:
-----------------	---------------	--------------------	--------	----------------	------------	----------------	-----	----------------

أشهد بأن اقراري الشخصي أعلاه هو بيان صحيح إلى حد علمي.

19	اضطراب في الجهاز الهضمي Digestive disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20	فقدان الذاكرة Loss of memory	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	مشكلة في الكلى Kidney problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22	مشكلة التوازن Balance problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	مشاكل جلدية Skin problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24	صداع شديد Severe headaches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	الحساسية Allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26	مشاكل الأذن/ الأنف/ الحنجرة Ear/nose/throat problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	الأمراض المعدية / المعدية Infectious/contagious diseases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28	تقييد الحركة Restricted mobility	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	فتق Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30	مشاكل الظهر Back or Joint problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	الاضطرابات التناسلية Genital disorders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32	كسور / الاضطرابات Fractures/dislocations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	هل سبق لك أن أدخلت المستشفى؟ Have you ever Been hospitalized?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34	هل تشعر بصحة جيدة ولائق صحياً لأداء العمل المكلف به؟ Do you feel healthy and fit to perform the duties of your designated position / occupation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	هل لديك حساسية من أس أدوية؟ Are you allergic to any medication ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36	هل تأخذ أي أدوية سواء بغير وصفة طبية أو بوصفة طبية Are you taking any non-prescription medication ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	إذا كانت الأجوبة بنعم , يرجى ذكر الأدوية المتخذة والغرض (الأغراض) والجرعة (الجرعات) ؟ If yes , please list the medication taking and purpose (s) and dosage (s) ? ..... ..... .....						

I hereby certify that the personal declaration above is a true statement to the best of my knowledge

أنا الموقع أعلاه أفوض الإفراج عن كل ما عندي من السجلات الطبية السابقة لدى الأطباء والمؤسسات الصحية والسلطات العامة إلى الدكتور : ناصر محمد مادي (الطبيب المعتمد)

I hereby authorize the release of all my previous medical records from any health professionals, health institutions and public authorities to Dr. **Naser M . Madi** (the approved medical examiner).

Signature of examinee: \_\_\_\_\_

Date : ..... / ..... / .....

Height ( cm )	الطول ( سم )	Weight kg	الوزن ( كج )
Pulse rate / minute	نبض القلب بالدقيقة	Rhythm	
Blood pressure		Diastolic	mm Hg
Systolic	mm Hg		

LP&MTA-P03-F5.1	الصفحة 2 من 2	مدة الحفظ: 3 سنوات	20 / /	تاريخ التعديل:	2020/11/05	تاريخ الإصدار:	0/1	إصدار/ تعديل:
-----------------	---------------	--------------------	--------	----------------	------------	----------------	-----	---------------

## Normal Abnormal

## Normal Abnormal

Head	الرأس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varicose veins	الدوالي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinuses, nose, throat	الجيوب الأنفية والأنف والحنجرة	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vascular (inc. pedal pulses)	الأوعية الدموية	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mouth/teeth	الفم / الأسنان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen and viscera	البطن والأحشاء	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ears (general)	أذان (عامية)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernia	الفتق	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tympanic membrane	الغشاء الطبلي	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anus (not rectal exam)	الشرج بدون اختبار المستقيم	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eyes	عيون	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G-U system	نظام ال G-U	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ophthalmoscopy	تنظير العين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Upper and lower extremities	اطراف الجسم العليا والسفلى	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pupils	بؤبؤ العين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine (C/S, T/S and L/S)	العمود الفقري (S / L و S / T ، S / C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eye movement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychiatric		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heart	القلب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lung and chest	الرئتين والصدر	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Other diagnostic tests and results

## اختبارات اخرى ونتائجها

Test	الإختبار	Result:	النتيجة :
Urinalysis Glucose		Protein	
Haemoglobin "Hb" * <sup>1</sup>	g/dl الهيموغلوبين	HIV* <sup>4</sup>	فقدان المناعة ( الايدز)
Sedimentation rate "ESR"	mm/hr معدل الترسيب * <sup>2</sup>	ECG * <sub>1</sub> + Echoo * <sub>1</sub>	STRESS ECG
Hepatitis B & C * <sup>3</sup> HB (AG)	<input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve التهاب الكبد بي و سي * <sup>3</sup>	T.B	الخلو من الدرن

Medical examiner's comments:

ملاحظات الطبيب:

.....

.....

Action taken by medical examiner (e.g., referral): ( على سبيل المثال ، إحالة )

Place of examination: ..... مكان الكشف Date of examination : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ تاريخ الكشف

This Certificate is valid two years from its issuance date هذه الشهادة صالحة لمدة سنتان من تاريخ اصدارها

FIT <input type="checkbox"/>	UN FIT <input type="checkbox"/>
------------------------------	---------------------------------

.....  
اعتماد السلطة البحري  
Endorsed by LP&MTA

**Dr . Naser M . Madi**  
اسم الطبيب المعتمد  
Name of Medical Practitioner

.....  
ختم وتوقيع الطبيب المعتمد  
Medical Practitioner's Signature & Stamp

LP&MTA- P03-F5.1	الصفحة 3 من 3	مدة الحفظ: 3 سنوات	تاريخ التعديل: / / 20	تاريخ الإصدار: 2020/11/05	إصدار/ تعديل: 0/1
---------------------	---------------	--------------------	-----------------------	---------------------------	----------------------