

25/1/22, 9:46 AM

Laboratory Report

## ANA MEDICAL CENTER

P.O. Box : 33 Postal Code : 616

Tel. : +968 25443311

C.M. : +968 90932885

Tel. (Pharmacy) : +968 25443320

C.R. : 1387542

مركز جنس الطبي

ب.ب. : 33 الرمز البريدي : 616

هاتف : 968 25443311

فاكس : 968 90932885

الصيدلية : 968 25443320

الترخيص : 1387542

## Laboratory Report

File No : 141856

Patient Name : FAHAD KHALIFA HAMRAN AL-OMAIRI

Sex : Male

Age : 45.5

Date : 25/01/2022

Test	Result
R.F.	

Notes : Covid-19 Antigen rapid test : positive

Lab Technician: BHAVYA MONTEIRO



**GHANA MEDICAL CENTER**

P.O. Box : 33 Postal Code : 616  
 Tel. : +968 25443311  
 GSM : +968 90932885  
 Tel. (Pharmacy) : +968 25443320  
 C.F : 1387542

**مركز جنى الطبي**

ص. ب. : 33 الرمز البريدي : 616  
 هاتف : 968 25443311  
 نقال : 968 90932885  
 الصيدلية : 968 25443320  
 ص. ف. : 1387542

No: 1103046

إجازة مرضية  
Sick Leave

Name: **FAHAD KHALIFA HAMRAN AL-OMAIRI**  
 Age: 45.5  
 Occupation:

Sex: Male  
 Date: 25/01/2022  
 Time: 9:47 am

أشهاد بأن المذكور فحص وعولج من قبلى ووجد بهائى من :

This is to certify that the above named person was examined / treated by me and found to suffer from :

Diagnosis:

التشخيص:

SORE THROAT - HEADACHE - RUNNY NOSE - COUGH - FEVER - BODY ACHE

مصرح له بإجازة مرضية من 25/01/2022 إلى 27/01/2022 ولمدة 03 يوم/أيام

He is granted sick leave from 25/01/2022 to 27/01/2022 for 03 days

19910  
 توقيع الطبيب  
 Dr. Signature  
 Dr. Mohammed Alaa





OPD NO: 22640

Date: 26.1.2022

Ministry of Health  
Directorate General for Disease Surveillance & Control  
استمارة إقرار بالالتزام بالعزل: Annex 4

استمارة إقرار بالالتزام بالعزل الصحي المنزلي

أقر بأنه تم إبلاغي من قبل طبيب الصحة المختص بقرار العزل الصحي المنزلي لمدة ( ١٠ ) أيام، وذلك اعتباراً من ٢٠٢٢ / ١ / ٢٠ وحتى ٢٠٢٢ / ١ / ٣٠ ، حيث تم تقديم المشورة الطبية اللازمة لي وإطلاعي بكافة الإجراءات الوقائية اللازمة خلال مدة العزل الصحي المنزلي.

وعليه، أؤكد التزامي بالاتي:

أولاً: تنفيذ العزل الصحي المنزلي وفق قرار الطبيب وعدم الخروج من محل إقامتي المتعدد إلا في الأحوال التي يقرها الطبيب.  
ثانياً: إبلاغ الكادر الصحي في أقرب مؤسسة صحية عن أية أعراض (كالحمى، السعال، آلام الحلق، ضيق التنفس ..... الخ)

البيانات الشخصية:

الاسم: ..... محمد خليفة محمد بن محمد

القبيلة/ اللقب: ..... (القبيلة)

رقم التواصل: .....

محل الإقامة: ..... السكني

محل العمل: .....

رقم التواصل: ..... ٩٩٢٠٧٩٤١

التوقيع: .....

المرقات:

استمارة الإجراءات الوقائية للعزل الصحي

نسخة الي

- شرطة عمان السلطانية

- المديرية العامة للخدمات الصحية بالمحافظة

- المديرية العامة لوقاية ومكافحة الأمراض

