



kingdom of Saudi Arabia  
Ministry of Health

المملكة العربية السعودية  
وزارة الصحة

الرمز/ الرقم : .....  
التاريخ: 14 / / هـ

مديرية الشؤون الصحية  
المنطقة / المحافظة .....  
مستشفى/مركز .....

### تقرير الفحص قبل الزواج

الاسم	الأب	الجد	العائلة	الجنس	العمر
العنوان:					
المدينة:					
الهاتف:					
الجوال:					
السجل المدني:					

فحص الأمراض المعدية: (نقص المناعة المكتسب، والتهاب الكبد الوبائي ب/ج):

نقص المناعة المكتسب :	<input type="checkbox"/> مصاب <input type="checkbox"/> سليم
التهاب الكبد الوبائي (ب):	<input type="checkbox"/> مصاب <input type="checkbox"/> سليم
التهاب الكبد الوبائي (ج):	<input type="checkbox"/> مصاب <input type="checkbox"/> سليم
اسم الطبيب:	التوقيع: ..... التاريخ: 14 / / هـ

فحص الأمراض الوراثية: (الأنيميا المنجلية، والثلاسيميا):

<input type="checkbox"/> متوافق	<input type="checkbox"/> غير متوافق بسبب وجود:	<input type="checkbox"/> الأنيميا المنجلية	<input type="checkbox"/> الثلاسيميا
Diagnosis:			
.....			
.....			
اسم الطبيب: ..... التاريخ: 14 / / هـ			

أقرار للحالات الموجبة:

<input type="checkbox"/> أوافق على إبلاغ الطرف الآخر بنتيجة الفحوصات المخبرية الطبية.
<input type="checkbox"/> أوافق على إتمام الزواج وشرح لنا طبيعة كافة الفحوصات ونتائجها بعيدة المدى.
الاسم: ..... التاريخ: 14 / / هـ
إقرار ولي أمر المواطنة في حالة إصابة الشاب بأي من الأمراض الوراثية أو المعدية.
اسم الوالي: ..... التاريخ: 14 / / هـ

المرفقات:

نتائج الفحوصات الطبية المخبرية.  صورة من شهادة الفحص قبل الزواج



Kingdom of Saudi Arabia  
Ministry of Health

المملكة العربية السعودية  
وزارة الصحة  
مديرية الشؤون الصحية  
المنطقة / المحافظة  
مستشفى / مركز

الرمز/الرقم: .....  
التاريخ: 14 / / هـ

### شهادة الفحص قبل الزواج

تم إجراء الفحص المخبري لأمراض الدم الوراثية (الأنيميا المنجلية، والتلاسيميا) والأمراض المعدية (نقص المناعة المكتسب "الإيدز" والتهاب الكبدى (ب، ج) لكل من:

الاسم	الأب	الجد	العائلة
رقم الشهادة	تاريخها	مكانها	

المواطن

و

الاسم	الأب	الجد	العائلة
رقم الشهادة	تاريخها	مكانها	

المواطنة

- ملحوظات: (ان مدة صلاحية الفحص الطبي بالنسبة للأمراض المعدية 6 أشهر فقط)
- 1- فحوصات الأمراض المعدية تعبر نتائجها المخبرية عن نتائجها الموجبة أو السلبية حتى تاريخ أخذ العينة.
  - 2- تم شرح آثار حالات الزواج غير المتوافق وراثياً لطرفي العقد.
  - 3- يعاد فحص الأمراض المعدية مع كل عقد نكاح.

التوقيع

التاريخ

اسم طبيب عيادة المشورة

.....

14 / / هـ

.....

التوقيع

اسم مدير المستشفى

.....

.....

الختم الرسمي



Kingdom of Saudi Arabia  
Ministry of Health

المملكة العربية السعودية  
وزارة الصحة

الرمز/ الرقم : .....  
التاريخ: 14 / / هـ

مديرية الشؤون الصحية  
المنطقة / المحافظة: .....  
مستشفى/مركز: .....

### شهادة الفحص قبل الزواج

تم إجراء الفحص المخبري لأمراض الدم الوراثية (الأنيميا المنجلية، والتلاسيميا) والأمراض المعدية (نقص المناعة المكتسب "الإيدز" والالتهاب الكبدي (ب، ج) لكل من:

الاسم	الأب	الجد	العائلة
السجل المدني:			
رقم الشهادة	تاريخها	مكانها	

و

الاسم	الأب	الجد	العائلة
السجل المدني:			
رقم الشهادة	تاريخها	مكانها	

- ملحوظات: (ان مدة صلاحية الفحص الطبي بالنسبة للأمراض المعدية 6 أشهر فقط)
- 1- فحوصات الأمراض المعدية تعبر نتائجها المخبرية عن نتائجها الموجبة أو السلبية حتى تاريخ أخذ العينة.
  - 2- تم شرح آثار حالات الزواج غير المتوافق وراثياً لطرفي العقد.
  - 3- يعاد فحص الأمراض المعدية مع كل عقد نكاح.
  - 4- في حال عدم التوافق ترسل شهادة الفحص على فاكس رقم/01/4740971 وزارة الصحة-الإدارة العامة لمكافحة الامراض الوراثية والمزمنة.

اسم طبيب عيادة المشورة .....  
التاريخ 14 / / هـ  
التوقيع .....

اسم مدير المستشفى .....  
التوقيع .....

الختم الرسمي



kingdom of Saudi Arabia  
Ministry of Health

المملكة العربية السعودية  
وزارة الصحة

مديرية الشؤون الصحية

المنطقة / المحافظة

مستشفى/مركز

الرمز/الرقم: .....  
التاريخ: 14 / / هـ

برنامج الزواج الصحي  
(نموذج إحالة الطرف السليم)

إلى عيادة الطب الوقائي

من عيادة المشورة الطبية/مركز  
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

نحيل إليكم المواطن/ المواطنة ..... العمر ..... رقم الملف ..... التي ترغب  
الاقتران من حامل للالتهاب الكبدي (ب) وذلك لأخذ جرعة التطعيم الأولى للوقاية من المرض على أن تتعهد  
باستكمال بقية الجرعات وحسب المواعيد التي تقررونها والإعادة  
وتفضلوا سعادتم بأطيب تحياتي

التوقيع والختم

التاريخ

اسم الطبيب

من عيادة الطب الوقائي إلى عيادة المشورة الطبية/مركز

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

نفيدكم انه تم إعطاء المذكور أعلاه

جرعة التطعيم الأولى/ الكبدي (ب) في تاريخ / / هـ وتعد ان يستكمل الجرعات الباقية في  
التواريخ التالية / / هـ - / / هـ

وتفضلوا سعادتم بأطيب تحياتي

التوقيع والختم

التاريخ

اسم الطبيب

إقرار (تعهد)

إنا المواطن/المواطنة ..... ارفع الاقتران من .....  
حامل للالتهاب الكبدي (ب) وأتعهد بان استكمل الجرعات المتبقية من لقاح الكبد/ب في الأوقات المحددة والتزم باتباع  
وتطبيق الإرشادات والنصائح الطبية التي قدمت لي.

العنوان بالتفصيل

الهاتف والجوال

رقم بطاقة الأحوال المدنية

البصمة

التاريخ

التوقيع

الاسم



kingdom of Saudi Arabia  
Ministry of Health

المملكة العربية السعودية  
وزارة الصحة

مديرية الشؤون الصحية

المنطقة / المحافظة

مستشفى/مركز

الرمز/الرقم: .....

التاريخ: / / 14هـ

برنامج الزواج الصحي  
(نموذج إحالة الطرف المصاب / الحامل للمرض)

من عيادة المشورة الطبية/مركز ..... إلى عيادة الطب الوقائي

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

نحيل إليكم المواطن/ المواطنة ..... العمر ..... رقم الملف .....

الحامل/ المصاب بمرض

نقص المناعة المكتسب  التهاب الكبد ب  التهاب الكبد ج

لا جراء ما ترونه مناسباً.

وتفضلوا سعادتكم بأطيب تحياتي

التوقيع والختم

التاريخ

اسم الطبيب

هام: يتم الاحتفاظ بنسخة من الاحالة في ملف كلا الطرفين