



# كلية الطب

## اللائحة المنظمة لتدريب أطباء الامتياز

Policy and procedures regulating the Internship Program at the College of Medicine

### البند الأول: مقدمة اللائحة

يعد طالب الطب مؤهلاً لممارسة مهنة الطب بعد إكماله سنة واحدة من التدريب السريري، وتسمى هذه الفترة "سنة الامتياز". تبدأ هذه الفترة بعد إنهاء طالب الطب بنجاح متطلبات التخرج المقررة في كلية الطب بجامعة الملك سعود بن عبدالعزيز للعلوم الصحية، ولا يحق له إستلام وثيقة التخرج إلا بعد إكماله سنة الامتياز بنجاح.

### البند الثاني: الهدف من اللائحة

التأكد من كفاءة وفعالية تدريب أطباء الامتياز في كلية الطب بجامعة الملك سعود بن عبدالعزيز للعلوم الصحية في فترة الامتياز، وذلك بالإشراف عليه وتنظيمه ومتابعته وتقييمه بغرض التحسين والتطوير.

### البند الثالث: المبادئ الأساسية

- تسعى اللائحة إلى تطبيق مبادئ حديثة أثناء فترة الامتياز، أهمها:
- تطبيق المفهوم المتكامل للممارسة بدءاً بتعزيز الصحة والوقاية، والتشخيص والعلاج المبكر، وتخفيف الإعاقة، وإعادة التأهيل، بالإضافة إلى البيئة الاجتماعية والحالة النفسية والاقتصادية للمريض؛ وأخذ كل ذلك في الاعتبار عند تقديم ومناقشة حالات المرضى.
  - تعلم الأسلوب الأمثل في التعامل والتواصل والممارسة المهنية عبر تطبيق المعلم والمدرّب انموذجاً يحتذى به على صعيد الواقع.
  - استخدام أفضل الطرق الحديثة فعالية في التدريب السريري وذلك بأن يكون المتعلم عنصراً أساسياً ونشطاً في العملية التعليمية.
  - تحفيز وتنمية مدارك طبيب الامتياز وقدراته عبر التغذية الراجعة والتوجيه حسب الأداء.

### البند الرابع: الأهداف

- عند الانتهاء من فترة التدريب، يكون طبيب الامتياز قادراً على:
1. استخدام العلوم الطبية الأساسية والسريرية بكفاءة في ممارسة الطب، وذلك بأن يتمكن من تشخيص الحالات ومسبباتها ومعالجتها بما في ذلك تعزيز الصحة والوقاية وإعادة التأهيل والمتابعة.
  2. العمل بانسجام ضمن فريق صحي متكامل.
  3. التصرف في العمل في حدود إمكانياته وقدراته وبطلب المشورة من زملائه وممن هم أكثر منه خبرة ودراية.
  4. التعامل مع المريض وذويه بالحسني وبكفاءة في التواصل.
  5. استخدام الطرائق الفعالة في التواصل والإنقاء والإدارة.

٦. تطبيق أخلاق المهنة وأصولها المتعارف عليها في جميع أعماله التي تشمل:
- مواصلة تعليمه المستمر، وتنمية معرفته ومهاراته السريرية مما يمكنه من تقديم الرعاية الصحية المثلى لمرضاه وتعزيز صحتهم.
  - التعامل مع المريض بأمانة بما في ذلك توفير المعلومات اللازمة له عن مرضه وبدائل تشخيصه وعلاجه.
  - المحافظة على أسرار المريض بما لا يتعارض مع مصلحة المجتمع.
  - المحافظة على العلاقة الطيبة مع المرضى مع الحرص على الالتزام بأخلاق المهنة.
  - تقبل النقد والتفويض من الآخرين وممارسة النقد الذاتي.

#### البند الخامس: طرق التدريب

١. تطبيق محاور المهارات الخمس الدقيقة (Micro-skills) التي تتلخص في:
  - سؤال طبيب الامتياز عن رأيه في الحالة التي قدمها.
  - البحث منه عن الدليل لذلك الرأي.
  - تدريس القواعد العامة في هذه الحالات.
  - إخطاره بالأشياء الصحيحة التي قام بها.
  - سؤاله عن تقويم أخطائه بنفسه وإخطاره بالأخطاء وتصحيحها.
٢. تطبيق محاور التدريس الدقيقة (Microteaching) عند التدريب في جزء صغير من الجانب السريري، سواء أكان فحصاً أو تشخيصاً أو علاجاً لحالة مرضية مثلاً، هذه المحاور: (١) تحضير البيئة والأهداف، (٢) الحوار، و (٣) الختام.

#### البند السادس: الإشراف على التدريب

١. يشرف على تدريب أطباء الامتياز "وحدة برنامج أطباء الامتياز"، ويتولى ذلك أحد أعضاء هيئة التدريس، ويرأس أيضاً اللجنة المعنية بالإشراف على هذا البرنامج، وتكون مرجعيته للعميد المشارك للشؤون السريرية في كلية الطب، ويشرف على مهام الوحدة التي تشمل:
  - الترتيبات الإدارية المتعلقة بدورات التدريب.
  - متابعة المتدربين.
  - تذليل الصعوبات التي تعترض عملهم.
  - تحسين مستوى التدريب.
  - تنفيذ برامج تعليمية تساهم في تنقيحهم وإكسابهم المهارات اللازمة لممارسة المهنة.

- إجراء الدراسات والأبحاث المتعلقة بفترة الامتياز.
- ٢. التعامل مع جميع المشكلات التي تعترض عمل أطباء الامتياز مثل: الشكاوي حول أدائهم والمشكلات والملاحظات والتظلمات التي يرفعونها أثناء فترة تدريبهم.

#### البند السابع: واجبات طبيب الامتياز

يتدرب طبيب الامتياز تحت إشراف الاستشاريين والاختصاصيين في القسم المعني، وتشمل مهامه الطبية:

- الكشف الأولي على المريض الذي يشمل التاريخ المرضي والعلامات المرضية.
- تسجيل التشخيص المبدئي واقتراح الفحوصات الأولية وخطة العلاج على أن لا يبدأ في تنفيذ خطة العلاج إلا بعد إقرارها من قبل أحد أطباء الفريق المسئول بالقسم.
- متابعة تنفيذ الخطة العلاجية ونتائج الفحوصات المطلوبة للمريض ومراقبة أي تطورات مرضية جديدة تطرأ على حالة المريض وتوثيقها في ملفه.
- الالتزام بحضور الجولات السريرية اليومية التي يقوم بها أطباء القسم وتنفيذ تعليماتهم.
- المشاركة في الأنشطة العلمية بالقسم.
- الالتزام بتعليمات الحضور والانصراف وأنظمة المستشفيات التي يعمل بها.

#### البند الثامن: حقوق طبيب الامتياز

١. التدريب تحت إشراف الاستشاريين والاختصاصيين الذين يعمل معهم.
٢. توفير حالات متنوعة وبرامج تعليمية من قبل الأقسام والوحدات ضمن التخصص لإثراء قدرته التدريبية.
٣. الحصول على الدعم المباشر والدائم من الفريق الطبي والعاملين الصحيين.
٤. المعاملة بالاحترام والتقدير الذي تقتضيه أعراف وأصول المهنة. وفي حالة تعرضه لأي مضايقات يرفع ذلك إلى لجنة الإشراف على أطباء الامتياز.
٥. التمتع بعطلته وإجازته وفق ما تحدده هذه اللائحة.
٦. الحصول على مكافئته حسب اللوائح والأنظمة.
٧. الاطلاع على نتائج التقويم الذي حصل عليه في كل قسم والتوقيع عليها.

#### البند التاسع: بدء التدريب ونهايته

١. ترفع الشؤون الأكاديمية في كلية الطب قائمة بأسماء الطلاب الذين أنهوا متطلبات التخرج إلى الشؤون السريرية بكلية الطب و عمادة القبول والتسجيل وذلك بعد اعتمادها من قبل مجلس الكلية.
٢. المواعيد المحددة لبداية سنة الامتياز هي الأول من كل شهر ميلادي. لا يجوز لطبيب الامتياز

لعمري

- تأجيل التدريب إلا بعد موافقة اللجنة المشرفة - وحسب ما نصت عليه هذه اللائحة - على أن يقضى هذه الفترة لاحقاً بعدما ينهي جميع الدورات الأخرى.
٣. لا يسمح بتغيير مواقع التدريب بعد صدور قوائم توزيع أطباء الامتياز إلا بعد موافقة رؤساء الأقسام المعنية وذلك في أضيق الحدود.
٤. ترفع الشؤون السريرية في كلية الطب قائمة بأسماء الأطباء الذين أكملوا فترة تدريب الامتياز بنجاح إلى عمادة القبول والتسجيل، ليتم منح طبيب الامتياز شهادة إكمال هذه الفترة ووثيقة التخرج.

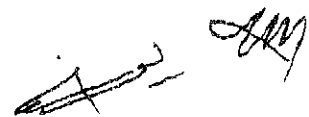
#### البند العاشر: دورات التدريب

١. يقضى طبيب الامتياز تدريبه في مدينة الملك عبدالعزيز الطبية بالرياض والمستشفيات المتعاونة.
٢. تقوم الشؤون السريرية بكلية الطب بتسجيل الطلاب في الدورات السريرية المقررة، ويتم تحقيق رغباتهم بناء على آخر معدل تراكمي متوافر. وتكون على النحو التالي:

شهران	طب الباطنية
شهران	الجراحة
شهران	طب النساء والولادة
شهران	طب الاطفال
شهر	الصحة النفسية
شهر	الطوارئ
شهر	طب الأسرة والمجتمع
شهر	فترة اختباريه

#### البند الحادي عشر: العطلات والإجازات

١. تكون عطلة طبيب الامتياز عشرين يوماً خلال فترة التدريب على أن لا تزيد على خمسة أيام خلال أي فترة من فترات التدريب.
٢. تمنح لطبيب الامتياز ما لا يزيد عن عطلتين تعليميتين بحيث لا يتجاوز مجموعهما سبعة أيام، وذلك لحضور الأنشطة العلمية مثل المؤتمرات العلمية والدورات التدريبية على أن يتقدم بطلب للمشرف على وحدة برنامج الامتياز قبل النشاط بشهر على الأقل، ويرفق ما يثبت تسجيله وقبوله في هذا النشاط التعليمي كما أن عليه أن يثبت مشاركته في هذا النشاط بعد حضوره. وفي حال عدم إثبات مشاركته يخصم منه فترة مماثلة من عطلته السنوية، أو تمدد فترة التدريب لنفس المدة إذا استهلك عطلته الممنوحة له.
٣. يحق لطبيب الامتياز الحصول على عطلة لمدة خمسة أيام عمل خلال أحد العيدين بعد حصوله على موافقة القسم المعني. وفي حالة عدم تمكنه من التمتع بذلك الإجازة، فيحق له التعويض عنها بخمسة أيام بديلة خلال فترة الامتياز بعد أن يثبت ذلك بخطاب من القسم المعني موجه لوحدة الإشراف على أطباء الامتياز.



٤. الإجازة المرضية وإجازة الأمومة تعرض بما يماثلها من الوقت قبل منح شهادة إكمال التدريب.

#### البند الثاني عشر: التأخر عن بدء التدريب

١. لا يجوز أن تزيد فترة تأخر الطالب عن البدء في فترة الامتياز عن سنة واحدة من تاريخ إنهائه متطلبات التخرج.
٢. إذا كانت الفترة بين سنة إلى سنتين، فعليه إعادة امتحان دورات الباطنة والجراحة - عند عقدها - وذلك بعد موافقة مجلس الكلية.
٣. إذا زادت فترة الإنقطاع عن سنتين يعيد الطالب المرحلة الاكلينيكية من برنامج كلية الطب بعد موافقة مجلس الكلية، ولا تحسب له أي فترات سابقة من الامتياز.

#### البند الثالث عشر: الإنقطاع بعد بدء التدريب

١. إذا انقطع طبيب الامتياز عن التدريب بعذر مقبول مدة لا تزيد عن ستة أشهر فيتم تعويض تلك المدة في نهاية فترة الامتياز.
٢. إذا انقطع طبيب الامتياز بعذر مقبول أكثر من ستة أشهر ولمدة لا تزيد عن سنة، يعيد كامل فترة الامتياز وذلك بعد موافقة مجلس الكلية.
٣. إذا زادت الفترة عن سنة، فيطبق بحقه ما يطبق على من تأخر عن بدء سنة الامتياز في البند الثاني عشر.

#### البند الرابع عشر: التقويم

١. يقوم عضو هيئة التدريس أو الاستشاري المشرف على تدريب طبيب الامتياز بإعداد تقرير عن طبيب الامتياز، ويرفعه المشرف على أطباء الامتياز في القسم المعني إلى وحدة الاشراف على أطباء الامتياز. يشتمل هذا التقرير على تقويم الحضور والانضباط والمقدرة المهنية، والعلاقة مع المرضى، والعلاقة مع الرؤساء والعلاقة مع هيئة التمريض.
٢. على الاستشاري المشرف على تدريب أطباء الامتياز مناقشة التقويم النهائي معه بشكل إيجابي وبناء، وإطلاعه على جوانب القوة والضعف في أدائه واقتراح البرامج والسبل التي تساعد على تحسين مستواه في المستقبل. ويجب أن يوقع طبيب الامتياز على نموذج التقويم بما يثبت مناقشة التقويم معه، ولا يعتبر هذا التوقيع موافقة منه على التقويم بل إثباتاً لمناقشته معه.
٣. إذا كان تقويم طبيب الامتياز غير مرضي أو كان لدى القسم ملحوظات جوهرية على أدائه، فعلى القسم التوصية بإعادة فترة الامتياز التي قضاها في القسم أو جزء منه.
٤. يقوم طبيب الامتياز بتقويم القسم الذي يعمل به والاستشاريين الذين عمل معهم ويرفع هذا التقويم إلى لجنة الاشراف على أطباء الامتياز للاستفادة منه في تقويم التدريب وتوزيع المتدربين.

**البند الخامس عشر : الجزاءات**


١. إذا أخل طبيب الامتياز بواجباته والتزاماته المهنية أو الأخلاقية، فعلى القسم الرفع للجنة الاشراف على برنامج اطباء الامتياز والتوصية بأحد الخيارات التالية:
  - نعت نظر كتابي
  - إنذار كتابي.
  - إنذار كتابي نهائي مع وضعه تحت الملاحظة لمدة تحددها اللجنة.
  - إعادة التدريب لفترة محددة.
  - عدم منحه شهادة إكمال فترة الامتياز.
٢. تُرفع توصيات اللجنة مع تقرير مفصل عن حثثات العقوبة إلى مجلس الكلية لاتخاذ اللازم، ويبلغ طبيب الامتياز بالقرار النهائي كتابياً من المشرف على برنامج الامتياز.
٣. عند حدوث مخالفات تخل بالسلوك أو الشرف أو الأمانة أو أخلاقيات ممارسة المهنة، تشكل لجنة بقرار من عميد الكلية لإجراء تحقيق مع الطبيب المخالف، وترفع توصياتها لمجلس الكلية للنظر فيها لاتخاذ القرار المناسب، ويبلغ طبيب الامتياز بذلك كتابياً من قبل المشرف على برنامج الامتياز.

**البند السادس عشر : حق التظلم**

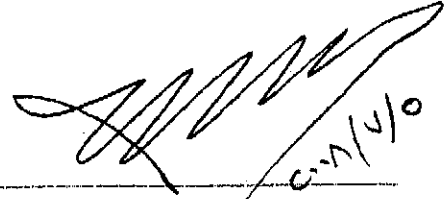
يحق لطبيب الامتياز التظلم لعميد الكلية من أي قرارات اتخذت بحقه خلال ثلاثين يوماً من إبلاغه بها. ويتم تشكيل لجنة محايدة للنظر في التظلم، والرفع بالتوصيات لعميد الكلية خلال فترة أقصاها ثلاثون يوماً.

**البند السابع عشر : إعداد اللائحة**

تم إعداد هذه اللائحة من قبل الشؤون السريرية في كلية الطب، وروجعت من قبل الشؤون الأكاديمية وقسم التعليم الطبي في الكلية، وأعدمت من قبل لجنة التعليم السريري في الكلية بتاريخ الرابع والعشرين من محرم ١٤٢٩ هـ الموافق الثاني من فبراير ٢٠٠٨ م، وروجعت ونقحت من مجلس الكلية التنفيذي في جلسته في تاريخ الرابع والعشرين ١٤٢٩ هـ الموافق الأول من أبريل ٢٠٠٨ م. وتعد هذه اللائحة نافذة بعد إقرارها من قبل مجلس كلية الطب في جلسته في تاريخ السابع والعشرين من جمادى الآخر ١٤٢٩ هـ الموافق الثاني من يوليو ٢٠٠٨ م.



أعد اللائحة وقدمها:



د. محمد بن سعد المعمرى

العميد المشارك للشؤون السريرية

رئيس لجنة التعليم السريري

أقرها



أ.د. يوسف بن عبدالله العيسى

عميد كلية الطب ووكيل الجامعة للشؤون التعليمية

رئيس مجلس كلية الطب





Kingdom of Saudi Arabia  
King Saud bin Abdulaziz University  
for Health Sciences  
College of Medicine  
Clinical Affairs – Internship Unit

## Intern Competency Assessment

Name: \_\_\_\_\_ Badge no: \_\_\_\_\_ Student no.: \_\_\_\_\_  
Placement: \_\_\_\_\_ Sub-specialty: \_\_\_\_\_ Hospital: \_\_\_\_\_  
Month: \_\_\_\_\_ Year: \_\_\_\_\_ (A monthly assessment is mandatory in any placement)

Grade	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Level	Unsatisfactory			Borderline		Satisfactory			Above Expected	

Please refer to KSAU-HS  
Framework for Medical  
Interns Competency

Please enter the score for each competency (1-10)

General Competencies		Score
<b>Clinical Management</b>		<b>1-10</b>
1.	Acquires clinical knowledge	
2.	Takes History and perform Physical Examination	
3.	Constructs differential diagnosis	
4.	Plans appropriate investigation and management	
5.	Applies SOAP in follow-up of patients	
6.	Maintains quality medical records	
7.	Recognizes and assesses acutely ill patients	
<b>Medical Practice</b>		<b>1-10</b>
8.	Demonstrates evidence of self-learning	
9.	Gives comprehensive case presentation	
10.	Provides appropriate patient instructions	
11.	Maintains regular attendance	
12.	Demonstrates required technical skills	
<b>Professionalism</b>		<b>1-10</b>
13.	Manages time appropriately	
14.	Practices the principles of patient safety	
15.	Applies principles of medical ethics	
16.	Demonstrates self-confidence	
17.	Acknowledges own limitations and seeks assistance	
<b>Communication Skills</b>		<b>1-10</b>
18.	Maintains professional practice	
19.	Communicates well with patient and/or family	
20.	Communicates effectively with the team and others	
<b>TOTAL SCORE</b>		/
This score weight is:		
Was the overall performance satisfactory? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Checklist for Portfolio	
<b>Educational Portfolio contains:</b>	
Reflective statement	
Mini-Clinical Evaluation exercise	
Case based discussion	
Presentations	
Others	

Supervisor Comment
<b>Strength areas:</b>
<b>Areas needs improvement:</b>
Did you discuss it with the Intern? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Intern Comment
<b>Intern Signature:</b>

Admin Assistant initial:

**Clinical Supervisor**

Name:  
Signature:  
Date:

**Director, Specialty UCE**

Name:  
Signature:  
Date

**Director, Internship program**

Name:  
Signature:  
Date



**Mini Clinical Evaluation Exercises**  
**(Mini-CEX)**

Name: \_\_\_\_\_

Badge No: \_\_\_\_\_

Placement: \_\_\_\_\_

Subspecialty: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_

Mini-CEX form is to be completed at the time assigned for this activity. The Intern must be observed performing a history taking and physical exam. The form should be immediately completed upon the conclusion of the procedure.

**Patient problem/ Diagnosis:**

**Case setting:**     Out-patient     In-patient     Emergency Dep.     Others: \_\_\_\_\_

**Case Complexity:**     Low     Moderate     High

Competencies		Satisfactory 4	Borderline 3	Below average 2	Poor 1	Not Achieved 0
1.	Professional approach to patient					
2.	History taking skills					
3.	Physical examination skills					
4.	Clinical diagnostic skills					
5.	Clinical judgment & synthesis					
6.	Patient management skills					
7.	Communication skills					
8.	Overall clinical competence					
<b>Intern satisfaction from Mini-CEX</b>						
<b>Assessor Comment on Intern's performance</b>			<b>Intern comment on his/her performance</b>			

**Assessor**

Name: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**Intern**

Name: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



**Rationale:** Mini-CEX is part of the mandatory formative tools within KSAU-HS framework for Intern's competency. Interns will have the opportunity to receive immediate feedback on skills essential to provide good clinical care by observing an actual clinical encounter. The Mini-CEX will reflect interns' performance doing clinical skills routinely considered part of patient encounters. It is integrated in different aspects within the clinical environment including in-patient and out-patient setting. Passing this evaluation is not the aim, performing it with immediate feedback and lesson learnt is the ultimate goal. Therefore, this assessment should not be approached as if it is an examination rather than an educational tool.

**Process:** The intern should be responsible for the conduction of the event. A minimum of one mini-CEX is needed per month in each placement. The process should end with a structured discussion between the intern and supervisor:

- A selected case from the in-patient or out-patient setting to be interviewed by the intern under direct supervision.
- The intern should present the case, conclusion and reasons for actions. It should take no longer than 15 minutes.
- This should be followed immediately by feedback lasting 5-10 minutes. This should include things done right and those need improvement.
- A mini-CEX Form should be completed with the Intern present.
- The assessment form should be part of the Intern's Portfolio.

**Skills to be assessed:**

- History-taking skills
- Physical examination skills
- Clinical diagnostic skills
- Clinical judgment & synthesis
- Patient management skills
- Communication skills
- Humanistic qualities & professionalism
- Overall clinical competence

**Feedback:** To maximize the educational impact of assessment, aspects of performance that are particularly good as well as those where there is scope for improvement should be discussed the intern. Feedback should be give sensitively, in a suitable environment. Areas for development should be identified, agreed and recorded on the assessment form.

**Outcome of assessment:** The outcome of the assessment is a global professional judgment of the assessor that the Intern has completed the tasks to the standard expected of a first year resident.



Name: \_\_\_\_\_

Badge No: \_\_\_\_\_

Placement: \_\_\_\_\_

Sub-specialty: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_

CBD form is to be completed during the placement. The form should be immediately completed upon the conclusion of the procedure with immediate feedback.

**Patient problem/ Diagnosis:**

Case setting:  Out-patient  In-patient  Emergency Dep.  Others: \_\_\_\_\_

Case Complexity:  Low  Moderate  High

Focus (More than one may be selected):  Data Gathering  Diagnosis  Management  Counseling

Competencies		Satisfactory 4	Borderline 3	Below average 2	Poor 1	Not Achieved 0
1.	Professional approach to patient					
2.	Data gathering and interpretation					
3.	Making diagnosis and decisions					
4.	Clinical management					
5.	Managing medical complexity					
6.	Working with colleagues and in teams					
7.	Maintaining an ethical approach					
8.	Fitness to practice					
9.	Overall assessment					
<b>Intern satisfaction from CBD</b>						
<b>Assessor Comment on Intern's performance</b>		<b>Intern comment on his/her performance</b>				

**Assessor**

Name: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**Intern**

Name: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



**Rationale:** Case-Based Discussion (CBD) is part of the mandatory summative/formative assessment tools within KSAU-HS framework for intern's competency. CBD is a tool to assess clinical judgment, decision-making and the application of knowledge in relation to patient care. It allows the interns to apply clinical reasoning in their practice. This may include discussing ethical and legal framework of practice and facilitate feedback in order to guide learning. It is not focused on the ability to make a diagnosis. As an actual patient record is used, it also allows the trainer to evaluate the quality of record keeping and presentation of the case. Passing this evaluation is not the aim, performing it with immediate feedback and lessons learnt is the ultimate goal. Therefore, this assessment should not be approached as if it was an examination.

**Process:** The Intern should be responsible for the conduction of the event. A minimum of two CBD is needed per clinical block. The process should end with a structured discussion between the Intern and supervisor:

- The Intern must ensure that the supervisor is aware of patient details in order to offer learning opportunities for discussion.
- The supervisor discussed the case in depth with the intern for 15-20 minutes.
- An assessment form is completed by the supervisor who then provides immediate feedback to the trainee for approximately 5 minutes.
- The assessment form should be part of the Intern's Portfolio.

**Skills to be assessed:**

- Professional approach to patient
- Data gathering and interpretation
- Making diagnoses/decisions
- Clinical management
- Managing medical complexity
- Working with colleagues and in teams
- Community orientation
- Maintaining an ethical approach.
- Fitness to practice

**Feedback:** To maximize the educational impact of assessment on intern's performance, areas that are particularly good as well as those where there is scope for improvement should be discussed with the intern. Feedback should be give sensitively, in a suitable environment. Areas for development should be identified, agreed and recorded on the assessment form.

**Outcome of assessment:** The outcome of the assessment is a global professional judgment of the assessor that the Intern has completed the task to the standard expected of a first year resident.



**Travel Request and Authorization**

For scheduled leave, submit TRA to Human Resources 30 days prior to departure date for in-kingdom leave and 45 days prior to departure date for out-of-kingdom leave. Emergency Contact Information must be provided.

Department Name: \_\_\_\_\_ Cost Code: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Name: \_\_\_\_\_  
 Badge No. \_\_\_\_\_ Work ext.: \_\_\_\_\_  
 Actual No. of days absent from the project: \_\_\_\_\_  
 Departure Date: \_\_\_\_\_ Return Date: \_\_\_\_\_

**INDICATE TYPE OF LEAVE USING KEY**

Key	Type of Leave	No. of Days
M	Mid Year: <input type="checkbox"/> 10 days with pay <input type="checkbox"/> Mid Year Ticket	
A	Annual	
H	Holiday	
B	Business	
C	Continuing Education	
O	Other (specify):	

Sat	Sun	Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri

**PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING**

Yes No  
  Request annual leave ticket  
  Request annual leave ticket(s) for dependent(s)  
  Request dependent child school ticket

Do you require Exit/Re-entry Visa?  Yes  No  
 Length of Re-entry Visa (dependent only) \_\_\_\_\_ Months  
 (if longer than two (2) months)  
 Employee to pay Exit/Re-entry visa?  Yes  No

**DEPENDENT INFORMATION: (if dependents will travel, please complete)**

Name	Age

**TRAVEL DESTINATIONS / COUNTRIES TO BE VISITED**

Name	Age	Visa Required
		<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
		<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
		<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No

I request permission to leave the jobsite for days listed above. I have read, understood, and will comply with the instructions attached to this **Travel Request and Authorization** and/or other policies that may apply.

Contact address for emergency purposes during leave time will be: \_\_\_\_\_  
 Telephone Number: \_\_\_\_\_

Employee Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Supervisor Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Dept. Head Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**For Human Resources Department Use Only**

Date of hire: \_\_\_\_\_ Point of origin: \_\_\_\_\_

Leave	Accrued to date	Taken to date	Req'd	Balance
Annual				
Holiday				
Admin				

Other:

Type	Other	Type	Other
Mid-Year		Business	
Emergency			
Cont. Education		Rest	

Comments: \_\_\_\_\_

Status:  Accompanied  Unaccompanied  
 Current contract date: \_\_\_\_\_ Benefit Group: \_\_\_\_\_  
 Airfare will / will not be paid by the Program for tickets from [Worksite] \_\_\_\_\_ to [Point of Origin] \* \_\_\_\_\_ to [Worksite] \_\_\_\_\_ for employee / dependents listed above, as per current policy at time of employee / dependent actual departure actual departure date.  
 CLASS: \_\_\_\_\_  
 Verified by: (Signature) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 Approved by: (Signature) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

DISTRIBUTION:  File  Employee  Department  Passport

See back page please.....

## FOR INTERNSHIP UNIT USE ONLY

Annual leave	15	
Urgent leave .....	5	
Eid/Hajj Holiday .....	5	
National Day .....	1	
Educational leave .....	7	
Sick leave .....	(case to case basis)	

<b>Total No. of</b>	<b>Annual leave</b>	
	<b>Urgent leave</b>	
	<b>Eid / Hajj Holiday</b>	
	<b>National Day</b>	
	<b>Educational leave</b>	
	<b>Sick leave</b>	
<b>Less Previous Leave:</b>		
<i>Date</i>		
<b>Balance as of</b>		

Prepared by:

Checked by:

**ELENA P. FAJARDO**  
Admin Assistant II

**DR. MOHAMMED AL GHAIHAB**  
Director, Internship Unit



## MEDICAL INTERNSHIP NOTIFICATION OF RETURN FROM SCHEDULED LEAVE

Name:

Badge:

Date:

.....

Type of Leave:

ANNUAL

EDUCATIONAL

HOLIDAY

OTHERS (specify) \_\_\_\_\_

I am granted leave (TRA copy attached) to commence on .....  
and to end on ..... My actual commencement of leave was on  
..... and I returned to work on .....

Signature: .....

Date : .....

*(Please note once you sign this Form, you shall be responsible for all legal consequences, which may result from any wrongful information therein)*

*For Medical Internship Unit only*

Approved by the Director, Medical Internship Unit: *Dr. Mohammed Al Ghaihab*

Signature: ..... Date .....

Please contact us at Medical Internship Unit, Clinical Affairs, College of Medicine  
King Saud bin Abdulaziz University for Health Sciences  
P.O. Box 22490, Riyadh 11426, Mail Code: 1418 – Tel: 2520088 ext. 11587 – Fax: 2520088 ext 11012





## REQUEST FOR INTERNSHIP

Name: ..... Badge: ..... Student No.: .....  
MRN: .....  
Address ..... Mobile .....  
Home Tel ..... Fax ..... Email .....  
A person to call in case of emergency ..... Relation .....  
Mobile ..... Home Tel .....  
Work place ..... Work Tel .....

Please fill out the space provided below :

- 1) I will start on 01 / \_\_\_\_\_ /20\_\_\_\_\_
- 2) I would like to delay my internship until ..... / ..... / .....  
Reason .....

Please enter your choices :

- 1) Any placement will start at the beginning of a Gregorian month. Two month placements will commence on the odd months in Internship period (1, 3, 5, 7, 9 and 11).

	Month / Year	Rotation		Month / Year	Rotation
1 <sup>st</sup> month			7 <sup>th</sup> month		
2 <sup>nd</sup> month			8 <sup>th</sup> month		
3 <sup>rd</sup> month			9 <sup>th</sup> month		
4 <sup>th</sup> month			10 <sup>th</sup> month		
5 <sup>th</sup> month			11 <sup>th</sup> month		
6 <sup>th</sup> month			12 <sup>th</sup> month		

- 1) Please indicate your Specialty interest in the future:  
i] ..... ii] .....
- 2) Please indicate, if you have any special request .....

### Statement of Understanding

I, the undersigned Intern hereby state that:

- 1) I filled out all the information personally and correctly.
- 2) I understand that I cannot change my choice once officially distributed.
- 3) I understand that I will follow all the rules and regulations of the College of Medicine -KSAU-HS.
- 4) I will not take any leave unless approved by the Medical Internship Unit.
- 5) I will not interrupt my internship without prior approval.
- 6) I have to submit my request for the elective period 2/12 in advance at KAMC-Riyadh

Name: \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Please contact us at Medical Internship Unit, Clinical Affairs, College of Medicine  
King Saud bin Abdulaziz University For Health Sciences  
P. O. Box 22490, Riyadh 11426, Mail Code: 1418 – Tel: 2520088 ext. 11587 – Fax: 2520088 ext 11012



## MEDICAL INTERNSHIP ELECTIVE REQUEST FORM

Name:

Badge:

Date:

.....

I would like to acquire my one month elective rotation in .....  
(subspecialty)

King Abdulaziz Medical City, National Guard Health Affairs during the month of

.....  
(as per your approved rotation)

Signature: ..... Date : .....

Note: Any request of cancellation or changes, notification should be submitted at least 4 to 6 weeks in advance for approval.

*For Medical Internship Unit only*

Approved Elective : .....

Approved Month : .....

Approved Location: .....

Director, Medical Internship Unit: *Dr. Mohammed Al Ghaihab*

Signature: ..... Date .....

Please contact us at Medical Internship Unit, Clinical Affairs, College of Medicine  
King Saud bin Abdulaziz University for Health Sciences  
P.O. Box 22490, Riyadh 11426, Mail Code: 1418 – Tel: 2520088 ext. 11587 – Fax: 2520088 ext 11012



**MEDICAL INTERNSHIP  
REQUEST FORM  
(OUTSIDE KAMC, NGHHA - RIYADH)**

Name:

Badge:

Date:

.....

I would like to acquire my one month rotation in .....  
(subspeciality)

at .....  
(name and location of hospital)

during the month of .....  
(as per your approved rotation)

Signature: ..... Date : .....

Note: Request cannot be changed or cancelled once approved.

*For Medical Internship Unit only*

Approved Elective : .....

Approved Month : .....

Approved Location: .....

Director, Medical Internship Unit: *Dr. Mohammed Al Ghaihab*

Signature: ..... Date .....

Please contact us at Medical Internship Unit, Clinical Affairs, College of Medicine  
King Saud bin Abdulaziz University for Health Sciences  
P.O. Box 22490, Riyadh 11426, Mail Code: 1418 – Tel: 2520088 ext. 11587 – Fax: 2520088 ext 11012