

Annual school health screening consent

Consent Form for Annual School Screening for grades KG1 - Grade 12

نموذج الموافقة على إجراء الفحص المدرسي السنوي للصفوف من الروضة الأولى إلى الصف الثاني عشر

Student Number: School Name: Gender:	رقم الطالب: اسم المدرسة: الجنس:	Student Name: Grade: Section: Emirate ID Number:	اسم الطالب: الصف: الشعبة: رقم الهوية الإماراتية:
<p>The Annual school Screening aims to assess the health status of students from KG1 to Grade 12 to enhance the early detection of certain health problems.</p> <p>The Annual screening is performed by a registered nurse assigned in the school clinic and consists of:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medical history assessment • Vital signs including Blood Pressure assessment • Growth assessment (height, weight, and BMI Z-score) • Vision screening for all students (in addition to Color vision screening which is Optional for grade 5 students) • Mental Health Screening: Attention Deficit Hyperactive Disorder (ADHD) for Grade 1 students. The teacher should refer students with suspected ADHD to the nurse who will send a questionnaire to both the teacher and the parent and shall refer if either questionnaire is positive. <p>The annual screening will be followed with the below:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Health education 2. Smoking awareness program for all students in grades 5 to 12. 3. Review of immunization 4. Oral health <ul style="list-style-type: none"> ○ Oral health promotion programs for kindergarten students (KG 1 and KG 2) and Grades 1, 2 and 3. ○ Supervised tooth brushing program for kindergarten students (KG 1 and KG 2) <p>N.B: British schools shall use the equivalent years system</p> <p>Following the screening, you will receive a report with the results, and an appointment shall be set for the student with a physician in the clinics if further management is needed.</p> <p>The data of the annual school screening program will be shared with the educational regulatory authority concerned and Abu Dhabi Public Health Center (ADPHC). This is to study disease patterns in our community to assist in planning and developing health services. We assure you that all this data will be held with complete confidentiality.</p>		<p>يهدف الفحص المدرسي السنوي إلى تقييم الحالة الصحية للطلاب من الروضة الأولى إلى الصف الثاني عشر لتعزيز الكشف المبكر عن بعض المشاكل الصحية.</p> <p>يتم إجراء الفحص السنوي بواسطة ممرضة المدرسة في عيادة المدرسة ويتكون من:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تقييم لتاريخ الطالب • تقييم العلامات الحيوية بما في ذلك ضغط الدم • تقييم النمو (الطول، الوزن، ومؤشر كتلة الجسم) • فحص النظر (إضافة إلى فحص رؤية الألوان لطلاب الصف الخامس - اختياري) • تقييم الصحة النفسية: اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه (ADHD) لطلاب الصف الأول. سيتم تحويل الطلاب المشتبه بهم من قبل المعلم إلى الممرضة التي يتدربها سبيل استبيانات المعلم وولي الأمر. وإذا كانت النتائج إيجابية: في أي استبيان فسيتم التحويل إلى الطبيب المختص. <p>وستتبع برنامج الفحص السنوي للطلبة الإجراءات التالية:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. التنقيف الصحي 2. برنامج التوعية عن التدخين لجميع الطلاب في الصفوف من 5 إلى 12. 3. مراجعة التطعيمات 4. صحة الأسنان <ul style="list-style-type: none"> ○ برامج تعزيز صحة الأسنان لطلاب الروضة (1 و 2) والصفوف 1، 2 و 3. ○ برنامج تنظيف الأسنان بالفرشاة تحت الإشراف لطلاب الروضة (1 و 2). <p>ملحوظة: على المدارس التي تتبع نظام السنوات المعادلة للصفوف المذكورة أعلاه</p> <p>بعد الفحص، سيتم إرسال تقرير بالنتائج إليك، وفي حال استدعت الحالة متابعة إضافية، سيتم تحديد موعد للطالب مع طبيب عيادات.</p> <p>كافة البيانات المتعلقة بنتائج برنامج الفحص المدرسي السنوي سيتم مشاركتها مع الجهة التنظيمية المختصة بالتعليم المدرسي ومركز أبوظبي للصحة العامة، وذلك لدراسة نمط الأمراض التي مجتمعنا بهدف المساعدة في تخطيط وتطوير الخدمات الصحية. نود أن نؤكد أن جميع هذه البيانات سيتم التعامل معها بسرية تامة.</p>	
<p>I, (_____), the undersigned guardian of the student, (_____) have received sufficient information about the Annual School Screening and the purpose of conducting this screening for my child, and therefore I:</p> <p><input type="checkbox"/> Agree to have the student undergo the tests mentioned above, to have the annual school screening report sent to me, and to be contacted in the future for medical follow-up if necessary.</p> <p><input type="checkbox"/> Disagree, please mention the reason: _____</p>		<p>أقرأ أنا (_____) (الموقع أدناه) الوصي على الطالب/ة (_____) بما في ذلك تلقيت معلومات كافية عن برنامج الفحص المدرسي السنوي وعن الغاية من إجرائه لأبي/بن/ابن/ابنتي:</p> <p><input type="checkbox"/> وافق على خضوع الطالب/ة للفحوصات المذكورة أعلاه، وعلى أن يتم إرسال تقرير الفحص المدرسي س</p> <p><input type="checkbox"/> لا أوافق، يرجى ذكر السبب: _____</p>	
<p>Name of Parent/ Guardian: _____ Relation to Student: _____ Emirates ID of Parent/Guardian: _____ Parent/ Guardian's Signature: _____ Contact Number: _____ Date: _____</p>		<p>اسم وولي الأمر/ الوي ص _____ صلة القرابة بالطالب _____ رقم الهوية الإماراتية لولي الأمر/ الوي ص _____ توقيع وولي الأمر/ الوي ص _____ رقم الهاتف _____ تاريخ _____</p>	

School Health Services – General Consent Form (KG1 – Grade 12)
نموذج الإقرار بالموافقة العامة - خدمات الصحة المدرسية (رياض الأطفال مرحلة 1 – الصف الثاني عشر)

Student's Name:	اسم الطالب:
School: Grade: Section:	المدرسة: الصف: الشعبة:
DOB:	تاريخ الميلاد:
Nationality:	الجنسية:
Student's No:	رقم الطالب المدرسي:
Emirates ID No:	رقم الهوية الإماراتية:

The purpose of this consent form is to ensure that the School Health nurse has permission to provide health services for your child, as well as the use of medical information.

Kindly sign this form and once you do, it will be effective for all future visits, and until you either refuse these health services or he/ she is transferred from the school.

- I, the undersigned, agree that healthcare services shall be offered for my child by the school nurse in the school health clinic.

- I hereby acknowledge and authorize the school nurse to provide the curative and/or preventive services that may include the annual school screening, vaccination administration, follow up of chronic and infectious diseases, and first aid, and / or referral to a primary health care center or emergency room when necessary.

- I also acknowledge and authorize the following emergency medications to be administered when needed:

1. Paracetamol to control mild to moderate pain and fever.
2. Topical cream for mild skin allergy.
3. Epinephrine injection for a severe allergic reaction.
4. Ventolin inhaler (Salbutamol) to control asthmatic symptoms.
5. Oxygen therapy in case of low oxygen concentration in the blood

Please list any precautions or contraindications to the above medications that the school nurse needs to know:

- If my son/daughter needs to be transferred to the emergency room, then I authorize the school to arrange for his / her transfer.

- In addition to the Annual school Screening, which aims to assess the health status of students to enhance the early detection of certain health problems, and it consists of:

- Medical history assessment
- Vital signs including Blood Pressure assessment
- Growth assessment (height, weight, and BMI Z-score)
- Vision screening for all students (in addition to Color vision screening which is Optional for grade 5 students)
- Mental Health Screening: Attention Deficit Hyperactive Disorder (ADHD) for Grade 1 students primarily and other students who may show ADHD symptoms at a later stage in their growth or education. The teacher should refer students with suspected ADHD to the nurse who will send a questionnaire to both the teacher and the parent and shall refer if either questionnaire is positive

The annual screening will be followed with the below:

1. Health education
2. Smoking awareness program for all students in grades 5 to 12.
3. Review of immunization
4. Oral health:
 - o Oral health promotion programs for kindergarten students (KG 1 and KG 2) and Grades 1, 2 and 3
 - o Supervised tooth brushing program for kindergarten students (KG 1 and KG 2)

N.B: British schools shall use the equivalent years system

-Following the screening, you will receive a report with the results, and an appointment shall be set for the student with a physician in the clinics if further management is needed.

-I also understand that the medical record is a confidential document. Reporting of medical information to other entities is subject to DOH data management and standards requirements policy.

The following school personnel will be notified about my child's medical condition:

- School Personnel that have contact with my child
- School administration only

-The data of the annual school screening program will be shared with the educational regulatory authority concerned and Abu Dhabi Public Health Center (ADPHC). This is to study disease patterns in our community to assist in planning and developing health services. We assure you that all this data will be held with complete confidentiality.

PARENT/LEGAL REPRESENTATIVE SIGNATURE:

I am the legal guardian of the student, and I have read and understood the information provided to me on this consent form.

- I agree that health services mentioned above can be offered for my child in school.
- I do not agree that health services mentioned above can be offered for my child in school except for emergency care.

In case of refusal, the above services will not be offered except in an emergency requiring immediate intervention.

إن الغرض من هذا النموذج هو ضمان السماح لمرمض/ة الصحة المدرسية بتقديم الخدمات الصحية لابنك/ابنتك واستخدام المعلومات الطبية عند اللزوم.

الرجاء التوقيع على هذا النموذج وبمجرد القيام بالتوقيع سيبري هذا الإقرار على جميع الخدمات إلى أن تقوم برفض تقديم هذه الخدمات لابنك/ ابنتك أو لحين انتقاله / انتقالها من المدرسة.

- أنا الموقع أدناه أوافق على تقديم الخدمات الصحية لابني/ ابنتي في عيادة المدرسة بواسطة ممرض/ة الصحة المدرسية.

- أقر وأسمح لمرمض الصحة المدرسية بأن يقوم بتقديم الخدمات العلاجية وأو الوقائية التي قد تشمل إعطاء التطعيمات والتنظيف الصحي ومتابعة الأمراض المزمنة أو المعدية والإسعافات الأولية و/أو التحويل إلى مركز الرعاية الصحية الأولية أو قسم الطوارئ عند الضرورة.

- كما وأسمح بإعطاء الأدوية الطارئة التالي ذكرها عند الحاجة:
1. باراسيتامول لتقليل الألم الخفيف والمتوسط وتخفيض الحرارة
 2. كريم موضعي لعلاج حساسية الجلد البسيطة.
 3. حقنة إبينيفرين في حالة الحساسية الشديدة.
 4. فنتولين بخاخ (سالبيوتامول) لعلاج أعراض أزمة الربو
 5. الأكسجين في حالة انخفاض نسبة الأكسجين في الدم

يرجى ذكر أي موانع لاستخدام الأدوية أو أية احتياطات طبية على ممرض الصحة المدرسية أن يعرفها:

- إذا أصيب ابني/ ابنتي بأي حالة طارئة تستدعي النقل إلى قسم الطوارئ، أنا أسمح لإدارة المدرسة بأن تقوم بترتيب نقله/ نقلها.

- إضافة إلى الفحص المدرسي السنوي والذي يهدف إلى تقييم الحالة الصحية للطلاب لتعزيز الكشف المبكر عن بعض المشاكل الصحية ويتكون من:

- تقييم التاريخ الطبي
- تقييم العلامات الحيوية بما في ذلك ضغط الدم
- تقييم النمو (الطول، الوزن، ومؤشر كتلة الجسم)
- فحص النظر (إضافة إلى فحص رؤية الألوان لطلاب الصف الخامس (اختياري))
- تقييم الصحة النفسية: اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه (ADHD) لطلاب الصف الأول ثم للطلاب الآخرين الذين قد تظهر عليهم أعراض المرض في مرحلة لاحقة. سيتم تحويل الطلاب المحتمل إصابتهم بفرط الحركة ونقص الانتباه من قبل المعلم إلى الممرضة التي بدورها سترسل استبياناً إلى المعلم وولي الأمر. وإذا كانت النتائج ايجابية في أي استبيان فسيتم التحويل إلى الطبيب المختص

وسيتبع برنامج الفحص السنوي للطلبة الإجراءات التالية:

1. التثقيف الصحي
2. برنامج التوعية عن التدخين لجميع الطلاب في الصفوف من 5 إلى 12 .
3. مراجعة التطعيمات
4. صحة الأسنان:
 - o برامج تعزيز صحة الأسنان لطلاب الروضة (1 و 2) والصفوف 1، 2 و 3
 - o برنامج تنظيف الأسنان بالفرشاة تحت الإشراف لطلاب الروضة (1 و 2)

ملحوظة: على المدارس البريطانية أن تستخدم نظام السنوات المعادلة للصفوف المذكورة أعلاه

- بعد الفحص، سيتم إرسال تقرير بالنتائج إليك. وفي حال استدعت الحالة متابعة إضافية، سيتم تحديد موعد للطلاب مع طبيب في العيادات.

- إن الملف الصحي وثيقة سرية. يخضع الإبلاغ عن المعلومات الطبية إلى الجهات الأخرى لسياسة إدارة البيانات ومتطلبات دائرة الصحة لإمارة أبو ظبي .

سيتم اعلام أفراد الكادر المدرسي التالي ذكرهم عن حالة ابني/ ابنتي الصحية:

- أفراد الكادر المدرسي المخالط لابني/ ابنتي
- أفراد الإدارة المدرسية فقط

- كافة البيانات المتعلقة بنتائج برنامج الفحص المدرسي السنوي ستم مشاركتها مع الجهة التنظيمية المختصة بالتعليم المدرسي ومركز أبو ظبي للصحة العامة، وذلك لدراسة نمط الأمراض في مجتمعنا بهدف المساعدة في تخطيط وتطوير الخدمات الصحية. نود أن نؤكد أن جميع هذه البيانات سيتم التعامل معها بسرية تامة.

توقيع ولي الأمر/ الوصي القانوني:

أنا الوصي القانوني للطلاب وقد قمت بقراءة وفهم المعلومات المقدمة لي بخصوص نموذج الإقرار بالموافقة هذا.

- أوافق على تقديم الخدمات الصحية المذكورة أعلاه لابني/ ابنتي في المدرسة.
- لا أوافق على تقديم الخدمات الصحية المذكورة أعلاه لابني/ ابنتي في المدرسة إلا في الحالات الطارئة.

في حال عدم موافقتك، يرجى العلم بأنه لن يتم تقديم الخدمات المذكورة أعلاه إلا في الحالات الطارئة التي تستدعي التدخل الطبي العاجل.

في حال وجود أي استفسار، الرجاء الاتصال بممرض الصحة المدرسية.

If you have any queries, please contact the school nurse.

Name of Parent/ Guardian: _____

Relation to Student: _____

Emirates ID of Parent/Guardian: _____

Parent/ Guardian's Signature: _____

Contact Number: _____

Date: _____

اسم ولي الأمر/ الوصي _____

صلة القرابة بالطالب _____

رقم الهوية الإماراتية لولي الأمر/الوصي _____

توقيع ولي الأمر/ الوصي _____

رقم الهاتف _____

التاريخ _____

Student's Health History Form نموذج التاريخ الصحي للطالب/ة

Dear Parent / Guardian:

عزيزي ولي أمر الطالب/الطالبة:

Please fill out this form about your son/daughter's health condition.
Answer Yes or No, if your answer is yes, please provide dates and more details in the guardian's comments box.

يرجى تعبئة هذه الاستمارة عن صحة ابنكم/ابنتكم بالإجابة بنعم أو لا. إذا كانت الإجابة نعم الرجاء كتابة التواريخ والتفاصيل في خانة الملاحظات مع مراعاة الدقة، حتى تتمكن من متابعة حالته/حالتها الصحية، مع تمنياتنا للجميع بالصحة والعافية.

Student's Name:.....

اسم الطالب:

School:.....Grade:.....Section:.....

المدرسة:الصف:الشعبة:

DOB:.....

تاريخ الميلاد:

Student's No:.....

رقم الطالب المدرسي:

Nationality:.....

الجنسية:

Emirates ID No:

رقم الهوية الإماراتية:

	Health Problems / المشاكل الصحية	Yes/نعم	No/لا	Comments/ملاحظات
1	Does the student suffer from any allergy? For example, allergies to medication, food, dust. Please specify? هل يعاني الطالب/ة من أية حساسية؟ على سبيل المثال حساسية من دواء / أطعمة / أبخرة؟ يرجى ذكرها؟			
2	Does the student suffer from any heart disease? هل يعاني الطالب/ة من أية أمراض قلبية؟			
3	Does the student suffer from diabetes? هل يعاني الطالب/ة من مرض السكري؟			
4	Does the student suffer from hypertension (high blood pressure)? هل يعاني الطالب/ة من مرض ارتفاع ضغط الدم؟			
5	Does the student suffer from Bronchial Asthma? هل الطالب/ة مصاب بالربو؟			
6	Does the student suffer from chronic kidney diseases? هل يعاني الطالب/ة من أمراض الكلى المزمنة؟			
7	Does the student suffer from chronic urinary tract infection? هل يعاني الطالب/ة من التهاب المجاري البولية المزمن؟			
8	Does the student suffer from epilepsy? هل يعاني الطالب/ة من مرض الصرع؟			
9	Does the student suffer from G6PD (beans anemia)? هل الطالب/ة مصاب بمرض أنيميا الفول (تكسر الدم)؟			
10	Does the student suffer from Thalassemia, Sickle cell, Hemophilia? Please specify هل الطالب مصاب بأي من أمراض الدم الوراثية (الثلاسيميا، فقر الدم المنجلي، الهيموفيليا) يرجى ذكرها			
11	Does the student suffer from recurrent nose bleeding? هل يعاني الطالب/ة من نزيف متكرر بالأنف؟			
12	Does the student suffer from any skin diseases? هل يعاني الطالب/ة من أية أمراض جلدية؟			
13	Does the student suffer from eye diseases (e.g. Hyperopia or Myopia)? هل يعاني الطالب/ة من أمراض العيون (طول أو قصر النظر)؟			
14	Has the student had any previous surgery? Please specify هل سبق أن أجريت للطالب/ة عمليات جراحية؟ ما هي؟			
15	Has the student been admitted to the hospital? Please specify هل تم إدخال الطالب/ة للمستشفى من قبل؟ اذكر السبب			
16	Does the student use any assistive medical device? (Hearing aid, crutches, wheelchair) Please specify هل يستخدم الطالب/ة أية أجهزة طبية مساعدة (سماعة طبية، عكاز، كرسي متحرك)؟ ما هي؟			
17	Has the student been infected with any infectious disease such as mumps, measles or chicken pox? Please specify هل أصيب الطالب/ة بأي من الأمراض المعدية التالية: النكاف أو الحصبة أو جدري الماء؟ يرجى ذكرها			
18	Does the student suffer from Bed-wetting/ incontinence? هل يعاني الطالب من التبول الليلي اللاإرادي؟			

Student's Health History Form نموذج التاريخ الصحي للطالب/ة

If the student has any disease please answer the following questions:	إذا كان الطالب/ة يعاني من احد الأمراض المذكورة اعلاه أو غيرها يرجى الإجابة على الاسئلة التالية:
Name and date of diagnosis:.....	اسم وتاريخ التشخيص:
When was the last attack:.....	متى كانت اخر أزمة صحية:
Treating Hospital/ Medical Center Name:.....	اسم المستشفى أو المركز الصحي المعالج:
Treating Dr. Name:.....	اسم الطبيب المعالج:
Is the student taking any regular medications: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	هل يتناول الطالب/ة أي أدوية بشكل منتظم نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>
Medications Names and dosages details:	أسم الدواء: كمية وعدد الجرعات
Recommended Medications in case of emergency:	الأدوية الموصى بها في حالة الطوارئ:
Special precautions related to food:	احتياطات محددة من قبل الطبيب تتعلق بالتغذية:
Special precautions related to sport:	احتياطات محددة من قبل الطبيب تتعلق بالرياضة:
Recommendations from physician/ to be done during the school day:	توصيات محددة من قبل الطبيب لمرضى/ممرضة المدرسة للقيام بها أثناء اليوم الدراسي:

Kindly attach copy of the Emirates ID of the Student and a medical report regarding any health problems. Parents are responsible for informing the school nurse of any change in the health condition and providing the necessary medical reports or contact with school nurse whenever it is necessary.

ملاحظة: يرجى ارفاق صورة من بطاقة الهوية الإماراتية وتقرير طبي عن أي مشاكل صحية. يتحمل أولياء الأمور مسؤولية إبلاغ ممرض/ة المدرسة عند حدوث اي تغيير يطرأ في الحالة الصحية وتزويده بالتقارير الطبية اللازمة او التواصل مع ممرض/ة المدرسة عند الضرورة.

If any further queries, please contact the school nurse. Clinic Tel:

في حال وجود أي استفسار الرجاء الاتصال بممرض/ة المدرسة. رقم العيادة:

.....

.....

Nurse's Name - اسم الممرض/ة:

ID: الرقم الوظيفي/.....

Name of Parent/ Guardian:

اسم ولي الامر:

Relation to Student:

القربة للطالب/ة:

Parent/ Guardian Signature:

توقيع ولي الأمر:

Contact Number:

رقم الهاتف:

Date:

التاريخ: