

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: School: Grade: Section: DOB: Nationality: Student's No: Emirates ID No:	اسم الطالب: المدرسة: الصف: الشعبة: تاريخ الميلاد: الجنسية: رقم الطالب المدرسي: 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 لمرض/ة الصحة المدرسية بتقديم الخدمات الصحية لابنك/ابنتك واستخدام المعلومات الطبية عند اللزوم.

الرجاء التوقيع على هذا النموذج وبمجرد القيام بالتوقيع سيُسري 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 لمرض الصحة المدرسية بأن يقوم بتقديم الخدمات العلاجية و/أو الوقائية التي قد تشمل إعطاء التطعيمات والتتقيف 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 (سالبوتامول) 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 ويكون 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 أصابهم 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 2، 1 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 إعلام أفراد الكادر المدرسي التالي ذكرهم عن حالة ابني/ ابنتي الصحية:

- ☐ أفراد الكادر المدرسي المخالط / 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.

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

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

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 _____