

نموذج الموافقة على إجراء الفحص الطبي لطلاب المدارس

SCHOOL HEALTH SCREENING CONSENT FORM

The School Student Screening aims to assess the health status of students 4 years of age and older in order to detect health problems early. The school health screening consists of: specified screening according to the school stage for the **Kg1, Grade 1, Grade 5, and Grade 9**. And the annual health screening for students in all grades.

The Annual screening is performed by a school nurse in the school clinic and consists of: checking the body mass index, and vision screening. School nurse will also review student's medical record and vaccination status and will give health promotion appropriate to student age.

The specific screening delivered by a healthcare provider team (physician, nurse and medical technician) which consists of medical history taking, checking the body mass index, measuring blood pressure, vision and hearing test, physical examination, blood test and supervised tooth brushing program & fluoride varnish. Physician will also review students medical record and vaccination status and health education will be given. Students in Grade1 are expected to be screened for ADHD, if necessary. And Grade 9 students will be screened for depression by a physician.

Kindly note that the physical examination carried out by the doctor in Grade 1 will not include an examination of the genitalia, in order to preserve the privacy of the student, so the parent/guardian should go to the nearest health center to conduct this examination due to its importance.

After the school screening, any student with abnormal test results will receive a referral letter to his/her parents/guardian, directing them to take the student to an appointment with a specialist doctor.

The data collected will be used by governmental health authorities in the country to establish the disease pattern in the society and assist in the planning of national health initiatives. Note that all data will be dealt with confidentially and the personal information will be kept private.

I, (-----), the undersigning guardian of the student (-----), have received sufficient information about the screening and the purpose of conducting this screening for my child, and therefore I agree, to conduct the tests that have been mentioned. I further agree to be contacted in the future if necessary, by the school nurse to follow up on my child's medical diagnosis and treatment and to send a copy of the report with my child.

Disagree, please mention the reason: -----

Required Documents:

Coby of Emirates ID (front and back)

A recent photograph of the student.

School Name: _____ Grade/Section: _____

Guardian 's Signature: _____

Contact Number: _____

Date: _____

الفحص الطبي لطلبة المدارس إلى تقييم الحالة الصحية للطلاب الذين يبلغون من العمر 4 سنوات فهدفه فحصاً رابتخاً: نم يسردملا صحفلا نوكتيو. اركبم ةبحصلا تلاكشملا نع فشكلا لجأ نم قوفا أمق صحفلا رابتخاو. عساتلاو، سماخلاو، لولأا فصللاو لولأا ةضورلا ةيساردلا ةلحرمل السنوي للطلاب في كافة الصفوف. المحدد حسب

مسجلا ةلثك رشؤم صحف نم نوكتيو ةيسردملا تدايفلا يف ةسردملا ضررمم به موقف يونسلا، سيقوم ممرض المدرسة أيضا بمراجعة السجل الطبي للطلاب وحالة التطعيم وسيقدم تثقيفاً الفحص صحيا مناسباً لعمر الطالب. وفحص النظر.

المحدد حسب المرحلة الدراسية والذي يقوم به فريق من مقدمي الرعاية الصحية (طبيب وممرضة صحفلا رابتخاو، مدلا طغض سايقو، مسجلا ةلثك رشؤم صحف ءارجاو، ببطلا خيراتلا ذخأ نم نوكتيو) يبطل يفنقو نانسلأا شيرفة، لك ءارشلا اجمانربو مدلا صحف عم كيريسلا صحفلا ءارجا م تيسو امك عمسلاو ةيؤرلا فيقت عاطعا م تيسو ميعطلا ءلاحو بلاطلا ببطلا لجلسلا ءعجارمب اضيا ببطلا موقيس، الطالب. من المتوقع أن يتم فحص الطلاب في الصف الأول عن فرط الحركة وتشتت ووضع الفلورايد. رمط بسانم مخص. ببطلا ءطساوب عساتلا فصلا بلاطلا بانتكلا نع صحفلا م تيسو امك، رملأا جزل الانتباه إن

يرجى العلم بان الفحص السريري الذي يقوم به الطبيب في الصف الأول لن يشمل فحص الجهاز امك ءارجا مخص زكرم برقأ مبل م جوتلا رملأا مبلو مبل اذ، بلاطلا ءبصوصخ مبل آطافد لاندو هذا الفحص لأهميته. التناسلي

يصولا / ويدلاو مبل ليوحت ءاسر ءيعيبط ريغ صحف جئاتنه يبل بلاط يا مقيتيس، يسردملا صحفلا دع. نبصنملا عابطلا دحا عم بلاطلا دعوم ذخلأ مهبجوتل لاندو، مبلع

كافة البيانات المتعلقة بنتائج الفحوصات المدرسية سيتم استخدامها من قبل الجهات الصحية الحكومية ن، ءينطولا ءبحصلا تاردايملا طبختلا يف دعاسملا فدهد، ممتجملا يف ضارملا طمن ءساردل جميع هذه البيانات سيتم التعامل معها بسرية تامة مع المحافظة على خصوصية المعلومات بالدولة الشخصية. علما بان

انا (-----) الوصي الموقع اناه للطلاب (-----)، مبل قفاوا انا مبلاتابو، صحفلا اذ ءارجا نم صحفلاو صحفلا لود ءيفاك تامولعم تيقنل لقم نم رملأا جزل اذ ليقسمللا يف مبل لباصللا مبل نأ مبل قفاوا امك. مھركد مبل مبل تاصوطلا - ممرضة المدرسة متابعة التشخيص الطبي والعلاج لابني وارسل نسخة من التقرير معه. إجراء

ببسلا ركذ مجرى، قفاوم ريغ: -----

المستندات المطلوبة:

صورة من بطاقة هوية الإمارات (الأمام والخلف)

صورة شخصية حديثة للطلاب

اسم المدرسة _____ الصف _____

توقيع _____ ولي _____ الأمر _____

رقم التواصل _____

التاريخ _____