

April 21,2014

Dear Parents,

We would like to inform you that SEHA will do the Comprehensive Preventive Health Screening for Grade 1 students.

Kindly complete and return the attached **consent form & Students Health History Form** to the School Nurse by **April 30, 2014**.

- Kindly send a copy of valid insurance card (Thiqa or Daman)
- Copy of UAE identity card
- Copy of the student's Passport

If there is **no Thiqa or Daman card available** and you wish to do the screening, please pay **Dhs.200** on the day of screening.

Note: The Nurse will inform you the date of screening and any consent form **after April 30, 2014** will not be accepted.

Your cooperation and prompt response is highly appreciated.

ENS SCHOOL CLINIC

السادة اولياء الامور الكرام.....
نود ان نحيطكم علما بان الصحة ستقوم بعمل
الفحص
الطبي الشامل لطلاب الاصف الاول والخامس
والتاسع (بنين وبنات)
يرجى من سيادتكم استكمال واعادة استمارة
الموافقة المرفقة
وذلك قبل تاريخ 2014/04/30
*ارسال نسخة من بطاقة التأمين سارية المفعول
(ضمان او ثقة)
*نسخة من بطاقة هوية الطالب
*نسخة من جواز سفر الطالب
وفي حال عدم وجود بطاقة الضمان او الثقة ومن
يرغب بعمل
الفحص عليه دفع مبلغ 200 درهم
*ملاحظة: سوفى تبلغكم الممرضة بموعد الفحص
ولن تقبل اي
ورقة بعد تاريخ 2014/04/30
نشكركم على حسن تعاونكم معنا
عيادات مدارس الإمارات الوطنية



الخدمات العلاجية الخارجية
Ambulatory Healthcare Services

CONSENT FORM FOR PROVIDING THE COMPREHENSIVE PREVENTIVE SCREENING EXAMINATION OF THE STUDENT

Ambulatory Healthcare Services (AHS), a SEHA HealthSystem Facility, aims to assess the student's health status by initiating the comprehensive preventive examination in order to detect health problems early. Students will be clinically examined; additionally investigations will be done for the body mass index, vision and hearing, scoliosis (curvature of the spine) examination, blood test, and a comprehensive dental examination with preventive treatment for the student's oral health.

The healthcare teams consist of physicians, dentists, qualified nurses, dental assistants and laboratory technicians. The comprehensive preventive examination of the student will be conducted either in AHS's ambulatory healthcare services, AHS's mobile clinics or the school clinic. Following the medical examination, the screening report will be sent with your child for your follow-up.

The data collected will be used by the Health Authority -Abu Dhabi (HAAD) and Abu Dhabi Education Council (ADEC) to establish the disease pattern in our society, and to assist in the planning and development of the medical services. Note that all data will be dealt with confidentially (meaning your personal information will be kept private).

I, _____, the undersigned guardian of the student _____, have been given an update on the screening health checkup and the purpose of conducting the medical examination. I agree that the AHS medical team conduct for my child the tests that have been mentioned and referral if needed. I also agree to be contacted in the future in order to provide follow up of the medical diagnosis and treatment and that the report shall be sent with my child.

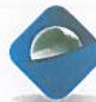
In case of refusal, please indicate the reason:

Guardian's signature

Date



خدمات الصحة المدرسية
School Health Services



مركز الفحص والصحة الوقائية
Disease Prevention & Screening Center



الحلول العلاجية المتنقلة
Mobile Clinic Solutions



المراكز العلاجية الخارجية
Ambulatory Care Centers



الخدمات العلاجية الخارجية
Ambulatory Healthcare Services

نموذج الموافقة على إجراء الفحص الوقائي الشامل للطالب

تهدف الخدمات العلاجية الخارجية، إحدى المنشآت التابعة لشركة صحة، إلى تقييم صحة الطالب عن طريق تطبيق الفحص الوقائي الشامل وذلك للمحافظة على صحة وسلامة الطالب في المستوى المطلوب. ويتم ذلك من خلال الكشف السريري على الطالب، فحص مؤشر كتلة الجسم، فحص النظر و السمع، فحص (انحناء العمود الفقري)، فحص الدم بالإضافة إلى الكشف الشامل على صحة فم وأسنان الطالب مع تقديم العلاج الوقائي للأسنان.

يتألف الكادر الطبي الذي يقوم بإجراء الفحص من طبيب عام، طبيب أسنان، ممرضه مؤهلة، مساعد طبيب أسنان وفني مختبر، علماً بأن الفحص الوقائي للطالب سيعقد إما في مراكز الخدمات العلاجية الخارجية، أو العيادات المتنقلة أو في عيادة المدرسة. سيتم إرسال تقرير الفحص الوقائي الشامل مع إبنك / إبنتك للمتابعة.

سيتم استخدام كافة البيانات المتعلقة بنتائج الفحوصات الوقائية التي تجرى للطالب من قبل هيئة الصحة - أبوظبي ومجلس أبوظبي للتعليم لدراسة نمط الأمراض في مجتمعنا بهدف المساعدة في التخطيط والتطوير في الخدمات الطبية. علماً بأن جميع هذه البيانات سيتم التعامل معها بسرية تامة (أي أنه سيتم المحافظة على خصوصية معلوماتك الشخصية).

أقرأ الموقع أدناه _____ ولي أمر الطالب

بأنه قد تم إعطائي شرح وافي عن الفحوصات الطبية _____

وعن الغاية من إجراء الكشف الطبي وبالتالي أوافق على قيام الفريق الطبي للخدمات العلاجية الخارجية بإجراء الفحوصات التي تم ذكرها في أعلى الإقرار وفي حالة الضرورة تحويل الحالة الطبية إلى الجهة المختصة كما أوافق على أن يتم الاتصال بي في المستقبل وإرسال التقرير مع ابني/ابنتي من أجل توفير المتابعة الطبية اللازمة.

في حالة عدم الموافقة، يرجى ذكر السبب:

التاريخ

توقيع ولي الأمر



خدمات الصحة المدرسية
School Health Services



مركز الفحص والصحة الوقائية
Disease Prevention & Screening Center



الحلول العلاجية المتنقلة
Mobile Clinic Solutions



المراكز العلاجية الخارجية
Ambulatory Care Centers

Student's Health History Form

الخدمات العلاجية الخارجية
Ambulatory Healthcare Services



Student ID: _____

Dear Parent / Guardian:

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

Student Information:

Student Name: _____ Gender: _____ Nationality: _____
Student's date of birth: _____ Grade/ Section: _____ School: _____
Guardian's Name: _____ Guardian's relationship to student: _____
Religion: _____ Primary Language: _____

Student UAE Address: Emirate: _____ City: _____ Area: _____ Street: _____
Home Phone No.: _____ Mobile phone No. (1): _____ Mobile phone No. (2): _____

Copy of Passport attached: Yes No Recent photo of the student attached Yes No
Emirates ID copy attached: Yes No Emirates ID No _____
Health Card copy attached: Yes No Health Card No _____

Health Problems		Yes	No	Comments
1	Has the student suffered from any allergy? Medication, food, Dust Please specify			
2	Does the student suffer from heart problems?			
3	Does the student suffer from diabetes?			
4	Does the student suffer from hypertension (high blood pressure)?			
5	Does the student suffer from Bronchial Asthma?			
6	Does the student suffer from kidney problems?			
7	Has the student suffered from urinary tract infection?			
8	Does the student suffer from attacks of epilepsy or seizures?			
9	Is the student suffering from G6PD (beans anemia)?			
10	Is the student suffering from Thalassemia, Sickle cell, Hemophilia? Please specify			
11	Does the student suffer from recurrent nose bleeding?			
12	Does the student have any skin problems?			
13	Does the student suffer from eye problems (e.g. Hyperopia or Myopia)?			
14	Has the student had any previous surgery? Please specify			
15	Has the student been admitted to the hospital? Please specify			
16	Does the student use Assistance medical devices, Please specify			
17	Has the student been infected with mumps, measles, chickenpox, or other infectious diseases? Please specify			

If the student has any health problem please answer the following questions :

When was the last Attack: _____ Starting Date and type of health problem: _____

Treating Hospital / Medical Center Name: _____ Treating Dr. Name: _____

Regular medications: Yes No Medications Names and dosages details: _____

Medications recommended in case of emergency _____

Special precautions for food: _____

Special precautions for sports: _____

Student's Parent / Guardian Signature: _____ Date: _____

Kindly attach Medical Report regarding health problem, parents are responsible for informing the school nurse of any change and providing the necessary medical reports or contact with school nurse whenever it is necessary
Information obtained from parents through health form and not face to face



خدمات الصحة المدرسية
School Health Services



مركز الفحص والصحة الوقائية
Disease Prevention & Screening Center



الطبول العلاجية المتنقلة
Mobile Clinic Solutions



المراكز العلاجية الخارجية
Ambulatory Care Centers



رقم الطالب: _____

عزيزي ولي أمر الطالب/الطالبة:

يرجى تعبئة هذه الاستمارة عن صحة ابنكم/ابنتكم بالاجابة بنعم أو لا اذا كان لديه/لديها مشكلة صحية حالياً أو سابقاً. اذا كانت الاجابة نعم الرجاء كتابة التواريخ و التفاصيل في خانة الملاحظات مع مراعاة الدقة ، حتى تتمكن من متابعة حالته/حالتها الصحية. مع تمنياتنا للجميع بالصحة والعافية.

معلومات الطالب:

اسم الطالب/ة: _____ الجنس: _____ الجنسية: _____
تاريخ ميلاد الطالب/ة: _____ المدرسة: _____ الصف/الشعبة: _____
اسم ولي أمر الطالب/ة: _____ صلة القرابة: _____
الديانة: _____ اللغة الاساسية: _____

معلومات مكان الإقامة:

الامارة: _____ المدينة: _____ المنطقة: _____ الشارع: _____
رقم تلفون المنزل: _____ رقم الهاتف المتحرك (1): _____ رقم الهاتف المتحرك (2): _____

مرفق صورة من جواز السفر: نعم لا
مرفق صورة من بطاقة الهوية: نعم لا
مرفق صورة من بطاقة التأمين الصحي: نعم لا
مرفق صورة شخصية حديثة للطالب: نعم لا
رقم بطاقة الهوية: _____
رقم بطاقة التأمين الصحي: _____

ملاحظات	لا	نعم	المشاكل الصحية
			1 هل يعاني الطالب/ة من أية حساسية دواء / أطعمة / أبخرة يرجى نكرها
			2 هل يعاني الطالب/ة من مشاكل في القلب؟
			3 هل يعاني الطالب/ة من مرض السكري؟
			4 هل يعاني الطالب/ة من مرض ارتفاع ضغط الدم؟
			5 هل الطالب/ة مصاب بالربو؟
			6 هل يعاني الطالب/ة من مشاكل في الكلى؟
			7 هل سبق وأصيب الطالب/ة بالتهاب المجاري البولية؟
			8 هل يعاني الطالب/ة من نوبات صرع أو نوبات تشنج؟
			9 هل الطالب/ة مصاب بمرض أنيميا الفول (تكسر الدم)؟
			10 هل الطالب/ة مصاب بأي من أمراض الدم الوراثية (الثلاسيميا، الانيميا المنجلية، الهيموفيليا، ...) يرجى نكرها
			11 هل يعاني الطالب/ة من رعاف متكرر (نزيف الأنف)؟
			12 هل اصيب الطالب/ة بأية مشاكل جلدية؟
			13 هل يعاني الطالب/ة من مشاكل في العيون (طول نظر أو قصر نظر)؟
			14 هل سبق أن اجريت للطالب/ة عمليات جراحية؟ ما هي؟
			15 هل أدخل الطالب/ة للمستشفى من قبل؟ أذكر السبب:
			16 هل يستخدم الطالب/ة أجهزة طبية مساعدة؟ ما هي؟
			17 هل اصيب الطالب/ة بأحد الأمراض التالية: نكاف (خازيباز)، حصبة، جذري الماني،؟ يرجى نكرها

إذا كان الطالب يعاني من أحد المشاكل الصحية المذكورة أعلاه أو غيرها يرجى الاجابة على الاسئلة التالية :

اسم وتاريخ الإصابة بالمرض: _____ متى كانت اخر أزمة صحية: _____
اسم المستشفى او المركز الصحي الذي يتابع فيه الطالب/ة _____ اسم الطبيب المعالج: _____
الأدوية والعلاجات التي يتناولها الطالب/ة بشكل متواصل أو عند حدوث أزمة: نعم لا
اسم الدواء والكمية وعدد الجرعات: _____ الأدوية الموصى بها في حالة الطوارئ: _____
توصيات محددة من قبل الطبيب تتعلق بالرياضة: _____
توصيات محددة من قبل الطبيب لمرض/ممرضة المدرسة للقيام بها أثناء اليوم الدراسي: _____

توقيع ولي أمر الطالب/ة: _____ التاريخ: _____

نرجو إرفاق التقرير الطبي المتعلق بالمشكلة الصحية، وعلى الأباء تحمل مسؤولية إبلاغ المدرسة عن أي تغيير، وتوفير ما يلزم من

التقارير الطبية أو التواصل مع ممرضة المدرسة كلما كان ذلك ضروريا

تم الحصول على هذه المعلومات من أولياء الأمور من خلال نموذج الصحة وليس وجها لوجه

