خدمات الصحة المدرسية
School Health Services
الخدمات العلاجية الخارجية
Ambulatory Healthcare Services

نموذج الموافقة على إعطاء التطعيمات المدرسية / الصحة المدرسية
School Health / School age Immunization Consent form

Student's Name:..... اسم الطالب/ة:.....

School:.....Grade:.....Class:..... المدرسة:..... الصف:..... الشعبة:.....

DOB:..... Sex: Male ☐ Female ☐ تاريخ الميلاد:.....الجنس : ذكر ☐ أنثى ☐

Nationality:..... الجنسية:.....

ADEC Student's No:..... رقم الطالب المدرسي:.....

The School Health Services / Ambulatory healthcare Services-SEHA will provide the students with the following Vaccine at schools as booster doses for the pre – school vaccination national program. **Please √ in the column beside the vaccine you agree to be administered.**	سوف تقوم الصحة المدرسية / الخدمات العلاجية الخارجية – صحة بإعطاء التطعيمات التالية للطلبة وتعتبر هذه التطعيمات جرعات منشطة مكملة لبرنامج التطعيم الوطني لدولة الامارات قبل دخول المدرسة وذلك حسب الجدول التالي. **يرجى إضافة √ بالعمود المجاور للتطعيم الموافق على إعطائه**

الصف Grade	طريقة إعطاء اللقاح Administration route	التطعيم Vaccine	أوافق Agree
الأول الإبتدائي Grade 1	حقنة تحت الجلد Subcutaneous injection	الحصبة، الحصبة الألمانية، النكاف Measles, Mumps, Rubella(MMR)	
	حقنة بالعضل Intramuscular Injection	الدفترياوالتيتانوس والسعال الديكي Diphtheria , Tetanus and Pertussis (Dtap)	
	نقطتين بالفم 2 Drops/Mouth	شلل الأطفال Polio (OPV)	
	حقنة تحت الجلد Subcutaneous injection	الجديري المائي جرعة اولى Varicella 1st dose	
	حقنة تحت الجلد Subcutaneous injection	الجديري المائي جرعة ثانية Varicella 2nd Dose	
الصف الحادي عشر Grade 11	حقنة بالعضل Intramuscular Injection	الدفتيريا والتيتانوس والسعال الديكي Diphtheria , Tetanus and Pertussis (Tdap)	
	نقطتين بالفم 2 Drops/Mouth	شلل الأطفال Polio (OPV)	
الصف الحادي عشر إناث Grade 11 Female	حقنة بالعضل Intramuscular Injection	تطعيم الوقاية من سرطان عنق الرحم جرعة 1 HPV Vaccine 1st dose	
	حقنة بالعضل Intramuscular Injection	تطعيم الوقاية من سرطان عنق الرحم جرعة 2 HPV Vaccine 2nd dose	
	حقنة بالعضل Intramuscular Injection	تطعيم الوقاية من سرطان عنق الرحم جرعة 3 HPV Vaccine 3rd dose	

I disagree with my child being administered the vaccine because:

- ☐ My child has been vaccinated before with the above marked booster dose; (please send a documents proving that).
- ☐ My child has a medical condition which prevents him / her taking the vaccination now,(please send a letter written by you or doctor explaining the medical condition to the school nurse.
- ☐ Others (Specify)

لا أوافق على إعطاء ابني/ ابنتي التطعيم لأن:

- ☐ إبني / إبنتي قد تم تطعيمه سابقاً بالجرعة المنشطة المشار اليها أعلاه (يرجى إرسال ما يثبت ذلك إلى عيادة المدرسة)
- ☐ لوجود موانع طبية للتطعيم (يرجى إرسال إقرار من قبلكم او من قبل الطبيب المعالج إلى ممرض / ممرضة الصحة المدرسية)
- ☐ أخرى حدد

I also authorize the AHS/SHS vaccination nurse to administer epinephrine in case of anaphylactic reaction after vaccination as recommended by HAAD	كما انني أسمح لممرض / ممرضة التطعيم (الصحة المدرسية / الخدمات العلاجية الخارجية) بإعطاء إبني / إبنتي الابينيفرين في حالة الحساسية المفرطة الناتجة عن إعطاء التطعيم كما هو موصى به من قبل هيئة الصحة / أبو ظبي

Parent's / Guardian Name:	اسم ولي الأمر/ الوصي الشرعي:.....
Relation:	صلة القرابة: .....
Signature:	التوقيع: .....
Date:	التاريخ: .....
Tel. #:	رقم الهاتف:.....

Nurse's Name:.....ID:..... **اسم الموظف:.....الرقم الوظيفي:.....**

نموذج الموافقة على إعطاء التطعيمات المدرسية / الصحة المدرسية
School Health / School age Immunization Consent form