



نموذج موافقة عام / صحة مدرسية

School Health General Consent Form

Student's Name: .....  
School ..... Grade ..... Class .....  
DOB: .....  
Nationality: .....  
ID Number : .....

I the undersigned agree that medical services for my son/ daughter shall be offered in the school's nurse.

I also agree that these medical services will remain provided to my son / daughter and effective until I either refuse these medical services or he /she is transferred from the public school.

My consent involves a general approval of curative and or preventive services that may include first aid , screening for height ,weight , vision acuity , color blindness , vaccination , hearing test, Dental checkup , blood test for CBC and referral to primary health care centers or emergency room when necessary & to administer the following emergency medications when needed :

1. Paracetamol or Ibuprofen to control mild to moderate pain and fever.
2. Antihistamine cream (topical) for mild allergy.
3. Epinephrine in an acute allergic reaction
4. Salbutamol inhaler to control asthmatic symptoms.
5. Oral glucose (drink contains sugar ) or glucagon for hypoglycemia.
6. Hyoscine-N-Butylbromide for colic.

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

In case of refusal , the above services will not to be offered except in emergency situations which require immediate intervention.

If my Son/daughter needs to be transferred to the clinic or emergency room in either my absence or the legal guardian's absence , then I authorize the school to transfer him/her as needed.

I also understand that medical record is a confidential document.

Name: .....  
Signature of student's parent/guardian.....  
Relation to the student : .....  
Tel # : .....  
Date : .....

Nurse's Name : ..... ID : .....

اسم الطالب: .....  
المدرسة : ..... الصف: ..... الشعبة: .....  
تاريخ الميلاد: .....  
الجنسية: .....  
رقم الهوية : .....

انا الموقع أدناه أوافق على تقديم الخدمات الصحية لإبني/إبنتي في عيادة المدرسة بواسطة ممرض/ة الصحة المدرسية.

ان موافقتي على هذه الخدمات الصحية تبقى سارية المفعول لحين أقوم أنا برفض هذه الخدمات لإبني/ إبنتي أو حين انتقال الطالب/الطالبة من المدارس الحكومية.

ان موافقتي على هذه الخدمات الصحية هي موافقة عامة على أي إجراءات وقائية وعلاجية ،وتشمل الإسعافات الأولية، قياس الوزن والطول ، حدة الإبصار، فحص عمى الألوان، التطعيمات ،فحص السمع ، فحص الاسنان ، عمل تحليل الدم للفحص الشامل ، التحويلات إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية وقسم الطوارئ ، وإعطاء الأدوية التالية عند الضرورة:

1. البنادول أو البروفين لتخفيف الألم الخفيفة والمتوسطة وتخفيض الحرارة.
2. كريم موضعي لعلاج الحساسية البسيطة.
3. الإبينيفرين في حالة الحساسية الحادة .
4. فنتولين (ساليبوتامول) لعلاج أعراض الربو.
5. جلوكوز (شراب يحتوي على السكر عن طريق الفم) أو الفلوكاغون لعلاج انخفاض مستوى السكر في الدم .
6. البسكوبان لعلاج المغص

الرجاء ذكر اي موانع لإستخدام الأدوية أو أي احتياطات طبية على الممرض/ الممرضة أن يعرفها:

في حال عدم موافقتكم ، يرجى العلم بأنه لن نستطيع تقديم هذه الخدمات عند حاجة ابنكم / ابنتكم لها الا في الحالات الطارئة القصوى التي تلزم تدخلنا السريع .

إذا أصيب ابني / ابنتي بأي حالة طارئة تستدعي النقل إلى العيادة أو الطوارئ ولم أكن متواجداً أو من ينوب عني فأني أعطي الصلاحية لإدارة المدرسة لنقله/ نقلها حسب الحاجة.

إن الملف الصحي للطالب / للطالبة وثيقة سرية لا يتم تداول المعلومات الموجودة بها الا من قبل أعضاء الفريق الطبي لوزارة الصحة.

الإسم : .....  
توقيع ولي الأمر : .....  
صلة القرابة: .....  
رقم الهاتف : .....  
التاريخ: .....

اسم الممرض: ..... الرقم الوظيفي: .....