

SCHOOL HEALTH RECORD

السجل الصحي للطالب

Please attach
student's recent
photo

الرجاء إرفاق صورة حديثة
للطالب

Please complete all sections of the School Health Record, Consent and Immunization Record. Rest assured that the information provided will be treated as confidential by all staff. For any queries, please contact the School Nurse directly.

الرجاء تعبئة جميع بنود السجل الصحي للطالب وسجل التطعيم، مع العلم بأن جميع المعلومات المقدمة ستُعامل بسرية تامة. في حال وجود أي استفسارات الرجاء التواصل مباشرة مع ممرضة المدرسة.

A. GENERAL INFORMATION:

أ. معلومات عامة

NAME: (same as written in the passport) _____
اسم الطالب (حسب جواز السفر)

DATE OF BIRTH (تاريخ الميلاد): ___/___/___ **NATIONALITY (الجنسية):** _____ **FEMALE** **MALE**
(Day/ Month/ Year) أنثى ذكر

GRADE LEVEL (الصف): _____ **JOINING DATE (تاريخ التسجيل):** ___/___/___ **SIS STUDENT ID#** _____

CONTACT DETAILS:

بيانات التواصل:

FATHER الأب	MOTHER الأم	FOR EMERGENCY CONTACT الاتصال في حالة الطوارئ
NAME: الاسم	NAME: الاسم	NAME: الاسم
HOME # هاتف المنزل	HOME # هاتف المنزل	HOME # هاتف المنزل
OFFICE # هاتف المكتب	OFFICE # هاتف المكتب	OFFICE # هاتف المكتب
MOBILE # متحرك	MOBILE # متحرك	MOBILE # متحرك
E-MAIL ADDRESS البريد الإلكتروني	E-MAIL ADDRESS البريد الإلكتروني	E-MAIL ADDRESS البريد الإلكتروني

FAMILY DOCTOR/CLINIC NAME:

اسم طبيب العائلة المعالج/العيادة

DOCTOR/CLINIC NUMBER: _____

رقم هاتف العيادة/الطبيب

ب. المعلومات الطبية

B. MEDICAL INFORMATION:

B1. MEDICAL HISTORY: Please put a check mark (✓) on the box provided.

ب 1. التاريخ المرضي: الرجاء وضع علامة (✓) في المكان المخصص

1. Does your child have been diagnosed with any of the following conditions? If **YES**, please provide a photocopy of his/her medical record or a certificate from the treating physician.

1. هل سبق وأصيب طفلك بأي من الأمراض التالية؟ إذا كان الجواب بنعم نرجو إرفاق نسخة من التقرير الطبي أو شهادة من الطبيب المعالج

Health Conditions الأعراض الصحية	Yes/Date نعم/التاريخ	No لا	Health Conditions الأعراض الصحية	Yes/Date نعم/التاريخ	No لا
1. Allergies: Pls. specify 1. الحساسية (الرجاء التحديد) a. Medicine: من الأدوية: b. Food: من الطعام: c. Others: أخرى:			7. Seizure Disorder (Please complete the Parental Consent to Administer Emergency Medication Form on page 4 and let your child's physician fill up the Individual Health Care Plan (IHCP) on page 7. الصرع. (الرجاء ملء استمارة موافقة ولي الأمر في ص 5 ويطلب من الطبيب المعالج تعبئة نموذج الرعاية الفردية في ص 7).		
(Please complete the Parental Consent to Administer Emergency Medication Form on page 4 and let your child's physician fill up the Individual Health Care Plan (IHCP) on page 7.			8. Measles الحصبة		
			9. Pulmonary Tuberculosis السل الرئوي		
			10. Nocturnal Enuresis التبول الليلي اللاإرادي		
			11. Frequent Headaches الصداع المزمن		
			12. Cancer السرطان		
			13. Leukemia سرطان الدم		
			14. Anemia فقر الدم		
2. Asthma (Please complete the Parental Consent to Administer Emergency Medication Form on page 4 and let your child's physician fill up the Individual Health Care Plan (IHCP) on page 7. الربو الشعبي (الرجاء ملء استمارة موافقة ولي الأمر في ص 5 ويطلب من الطبيب المعالج تعبئة نموذج الرعاية الفردية في ص 7)			15. Hemophilia الناعور (الهيموفيليا)		
3. Diabetes Mellitus (Please complete the Parental Consent to Administer Emergency Medication Form on page 4 and let your child's physician fill up the Individual Health Care Plan (IHCP) on page 7. مرض سكر الدم (السكري): (الرجاء ملء استمارة موافقة ولي الأمر في ص 5 ويطلب من الطبيب المعالج تعبئة نموذج الرعاية الفردية في ص 7)			16. Thalassemia الثلاسيميا		
			17. G6PD القول (أنيميا الفول)		
4. Chicken Pox جدري الماء (الجدري)			18. Any Psychological Concern أية أمراض نفسية		
5. Infective Hepatitis التهاب الكبد الوبائي			19. Frequent Gastric Problems أمراض المعدة والحموضة		
6. Mumps التكاف (أبو كعب)			20. Hearing Disorder مشاكل في السمع		
21. Rheumatic Fever الحمى الروماتيزمية			31. Vision Problems مشاكل في البصر		
22. Scarlet Fever الحمى القرمزية			32. Wears glasses/Contact Lenses يلبس نظارة/عدسات لاصقة		
23. Primary Complex السل الرئوي			33. With Dental braces, Caps/ Bridges وجود تقويم أسنان، أو جسور،		
24. Diphtheria الدفتيريا			34. Speech Difficulties صعوبات في النطق		

25. Whooping Cough السعال الديكي		35. Skin Disorder مشاكل جلدية		
26. Poliomyelitis شلل الأطفال		36. Musculoskeletal Disorders أمراض في العظام والعضلات		
27. Congenital Heart Disease أمراض القلب الخلقية		• Fracture/Dislocation كسر/خلع		
28. Dyslexia عسر القراءة (الدبلكيا)		• Muscle/Joint Injuries إصابات في المفاصل		
29. ADHD فرط الحركة		• Neck/Back Injuries إصابات في الظهر/الرقبة		
30. Autism التوحد		• Concussion ارتجاج الدماغ		
		37. COVID-19 كورونا فيروس		

2. Does your child take any of these medications: If YES, provide a photocopy of medical records or certification from the treating physician.

2. هل يأخذ الطفل أي من العلاجات والأدوية التالية؟ إذا كانت الإجابة بـ نعم، يرجى إرفاق التقرير الطبي من الطبيب المعالج.

Medicines العلاج	Yes/Date Started نعم/تاريخ البدء	No لا	Medicines العلاج	Yes/Date Started نعم/تاريخ البدء	No لا
1. Steroids المنشطات			3. Chemotherapy drugs أدوية العلاج الكيميائي		
2. Immunosuppressive post-transplant medications مثبطات المناعة بعد عمليات الزرع			4. Radiation Therapy Drugs العلاج بالأشعة		
			5. Others: Specify أخرى: حدد		

3. Does your child undergo any of the following therapies? If YES, provide photocopy of medical records or certification from the treating physician.

1. هل يخضع طفلك لأي من العلاجات التالية؟ إذا كانت الإجابة بـ نعم، يرجى إرفاق التقرير الطبي من الطبيب المعالج.

Therapy العلاج	Yes/Date Started نعم/تاريخ البدء	No لا	Therapy العلاج	Yes/Date Started نعم/تاريخ البدء	No لا
1. Dialysis غسيل الكلى			4. Blood Transfusion نقل الدم		
2. Chemotherapy العلاج الكيميائي			5. Post surgery أدوية ما بعد الجراحة		
3. Radiation العلاج الإشعاعي					

4. Does your child ever been hospitalized? If YES, provide photocopy of medical details or certification from the treating physician.

Yes _____

No _____

2. هل سبق وتم تبييت الطفل في المستشفى؟ إذا كان الجواب بـ نعم، الرجاء إرفاق التقرير الطبي من الطبيب المعالج.

لا _____

نعم _____

B2. FAMILY HISTORY: Please put a check mark (✓) on the box provided.

ب2. التاريخ العائلي

هل سبق وتم تشخيص أي من أفراد العائلة بأي من التالي؟

Diabetes
(سكر الدم)

Hypertension
(ضغط الدم)

Cardiovascular Diseases
(أمراض القلب)

Pulmonary Tuberculosis
(السل الرئوي)

Asthma
(الربو)

Blood Abnormalities
(أمراض الدم)

Seizures
(الصرع)

Cancer (specify) _____
(السرطان، الرجاء التحديد)

B3. IMMUNIZATION RECORD: Please attach a photocopy of an updated immunization record of your child

ب3. سجل التطعيمات: (الرجاء إرفاق نسخة عن بطاقة تطعيم الطالب)

C. CONSENTS

ج. الموافقات

Please note that the following consents are valid for the duration of time that your child attends SIS, unless you inform the school otherwise in writing or by telephoning the school nurse directly.

الرجاء الانتباه إلى أن الموافقات التالية صالحة خلال فترة تسجيل الطفل في مدارس القمة ما لم يقوم ولي الأمر بتبليغ ممرضة المدرسة خطياً أو هاتفياً

C1. CONSENT FOR EMERGENCY TREATMENT

ج1. نموذج الموافقة على العلاج في الحالات الطارئة:

I consent that my child:(أوافق على أن ابني/ابنتي)	
Name: (الاسم) _____	Date of Birth(تاريخ الميلاد) _____
Address(العنوان) _____	
Phone Number(رقم الهاتف) _____	School(المدرسة) _____
Grade/Section(الصف): _____	
Requires prompt medical treatment, I will be contacted and asked to collect him/her from the school. In the event of a serious emergency, an ambulance will be called immediately. I will be contacted and advised to meet in the hospital.	
I hereby give my consent to transfer my child to a doctor or hospital reasonably accessible for emergency treatment.	
أوافق في حال أن ابني/ابنتي: _____	
الاسم: _____	
العنوان: _____	
رقم الهاتف: _____	
المدرسة: _____	
الصف/الشعبة: _____	
احتاج العلاج الطبي السريع، أن يتم الاتصال بي ويطلب مني استلامه من المدرسة. في حال حدوث أمر طارئ خطير، أوافق على إرساله في سيارة إسعاف على الفور. على أن يتم الاتصال بي لموافاته في المستشفى.	
أعطي بهذا موافقتي على نقل ابني/ابنتي إلى الطبيب أو المستشفى التي يمكن الوصول إليها بشكل معقول لمعالجة الحالات الطارئة.	

Name of Parent/Guardian: _____ Signature: _____ Date: _____

Important Notice: Parents are responsible for notifying the school about any change of information contained in this form.

ملاحظة هامة: أولياء الأمور مسؤولون عن إخطار المدرسة عن أي تغيير في المعلومات الواردة في هذا النموذج.

C2. CONSENT FOR THE ADMINISTRATION OF EMERGENCY MEDICATIONS

ج2. نموذج الموافقة على إعطاء الدواء للطالب في الحالات الطارئة

I consent that my child: (أوافق على أن ابني/ابنتي):	
Name: (الاسم) _____	Date of Birth (تاريخ الميلاد) _____
Address (العنوان) _____	
Phone Number (رقم الهاتف) _____	School (المدرسة) _____ Grade/Section (الصف): _____
Be given the appropriate medication in the following cases:	
<p>يتم إعطائه الدواء المناسب في الحالات التالية</p> <p>1. Administration of Epinephrine in an acute allergic reaction (anaphylactic shock) 1. إعطاء جرعة الأبينفرين في حالة رد الفعل التحسسي</p> <p>2. Administration of Salbutamol inhaler to control asthmatic symptoms. 2. إعطاء جرعة سالبوتامول (استنشاق) للحد من أزمة الربو</p> <p>3. Administration of Oral Glucose for hypoglycemia 3. إعطاء جرعة الجلوكوز عن طريق الفم في حال نقص السكر في الدم</p> <p>4. Administration of Paracetamol to control mild to moderate pain and fever 4. إعطاء جرعة باراسيتامول لتخفيف أعراض الحمى الخفيفة إلى المتوسطة وتخفيف الألم</p> <p>5. Administration (topical) of Antihistamine Cream for allergic reaction. 5. إعطاء جرعة موضعية من كريم مضادات الهيستامين في حال رد الفعل التحسسي</p>	
Any precautions that school personnel need to know? أية احتياطات يحتاج موظفو المدرسة إلى معرفتها؟	Any contraindications that the school personnel need to know? أي موانع يجب على موظفي المدرسة معرفتها؟
What are possible reactions/side effects? ما هي ردود الفعل المحتملة / الآثار الجانبية؟	What should be done in the event of reaction/side effect? ما يجب القيام به في حالة رد الفعل / الآثار الجانبية؟
Check the box below: ضع إشارة أمام الخيار المناسب	
<input type="checkbox"/> YES – The above medication can be administered by a HAAD Licensed School Nurse/Physician in accordance with this standard and the relevant policies. نعم - يمكن أن يتم إعطاء الدواء أعلاه من قبل ممرض مرخص من هيئة الصحة - أبوظبي وفقا لهذا المعيار و السياسات ذات الصلة	
<input type="checkbox"/> NO - The above medication cannot be administered by a HAAD Licensed School Nurse/Physician in accordance with this standard and the relevant policies. لا - لا يمكن أن يتم إعطاء الدواء أعلاه من قبل ممرض مرخص من هيئة الصحة - أبوظبي وفقا لهذا المعيار و السياسات ذات الصلة	

Full Name of Parent/ Guardian: _____ اسم ولي الأمر

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____
(التوقيع)

Important Notice: If your child is using any of the above emergency medications, please leave a copy of the prescribed dosage in the school clinic and provide the following:

- a. for Diabetes Mellitus, provide a spare oral glucose medication/insulin pumps
b. for Asthma, provide spare salbutamol inhaler
c. for Allergies, provide spare epi-pens .

Parents are responsible for notifying the school about any change of information contained in this form.

ملاحظة هامة: إذا كان طفلك يستخدم أي من أدوية الطوارئ المذكورة أعلاه، يرجى ترك نسخة من الجرعة المقررة في العيادة المدرسية وتوفير ما يلي:
أ. لمرضى السكري، توفير الأدوية عن طريق الفم الجلوكوز / حقن الأنسولين
ب. للربو، توفير سالبوتامول بخاخ الاستنشاق
ج. للحساسية، توفير أقلام إببي

يتحمل ولي الأمر المسؤولية عن إخطار المدرسة عن أي تغيير في المعلومات الواردة في هذا النموذج.

C3. CONSENT FOR THE ADMINISTRATION OF NON-PRESCRIBED MEDICATIONS

3. نموذج الموافقة على إعطاء الطالب أدوية للعلاج من قبل ممرضة المدرسة

I consent that my child: (أوافق على أن ابني/ابنتي): _____
Name: (الاسم) _____ Date of Birth (تاريخ الميلاد) _____
Address (العنوان) _____
Phone Number (رقم الهاتف) _____ School (المدرسة) _____ Grade/Section (الصف): _____

Be given the appropriate medication in the event that my child develops a fever, pain and allergy, or he/she injured himself/herself, and that it may be necessary to administer some medication or treatment.
If my child is unable to use any of these medications due to allergy from its composition, I will contact the School Nurse to discuss the use of any alternative.

يجب إعطاء الدواء المناسب في حالة إصابة طفلي بالحمى والألم والحساسية، أو إصابته بنفسه، وأنه قد يكون من الضروري إعطاء بعض الأدوية أو العلاج. إذا كان طفلي غير قادر على استخدام أي من هذه الأدوية بسبب الحساسية تجاه مكوناته، سوف اتصل بممرضة المدرسة لمناقشة استخدام أي بديل.

Name of Drug	Age	Dose	Indication	Remarks
Adol 120mg/5ml	1-5 years	5-10ml (15mg/kg/dose)	Pain, fever	Repeat after 4-6 hours as needed
Adol 250mg/5ml	1-5 years 6-12 years	2.5ml-5ml(15mg/kg/dose) 5-10ml (15mg/kg/dose)	Pain, fever	Repeat after 4-6 hours as needed
Panadol Tab (Advance) 500mg	12 years old and above	1-2 tablets	Pain, fever	Repeat after 4-6 hours as needed
Panadol Cold and Flu (500mg)	12 years old and above	1-2 caplets	Colds and flu	Repeat after 4-6 hours as needed
Optrex Eye Wash	As per instruction	As per instruction	Irritation in eyes caused by sand/dirt	Applied as required
Saline Nasal Spray/drop	All	1 puff/drop in each nostril	Blocked nose	Applied as required
Reparil Gel	All	Applied on skin of affected areas only	Muscular trauma, swelling, pain	Applied as required
Fenistil Gel	2 years old and above	Applied on affected skin only	Itching, insect bites, minor burns and sunburn	Applied every 8 hours
Bethadine Ointment	All	Applied on affected skin/area only	Antiseptic/cleansing of wounds	Applied as required

Any precautions that school personnel need to know?
أية احتياطات يحتاج موظفو المدرسة إلى معرفتها؟

Any contraindications that the school personnel need to know?
أي موانع يجب على موظفي المدرسة معرفتها؟

What are possible reactions/side effects?
ما هي ردود الفعل المحتملة / الآثار الجانبية؟

What should be done in the event of reaction/side effect?
ما يجب القيام به في حالة رد الفعل / الآثار الجانبية؟

Check the box below:
ضع إشارة أمام الخيار المناسب

YES – The above medication can be administered by a HAAD Licensed School Nurse/Physician in accordance with this standard and the relevant policies.
يمكن أن يتم إعطاء الدواء أعلاه من قبل ممرض مرخص من هيئة الصحة -أبوظبي وفقاً لهذا المعيار و السياسات ذات الصلة

NO - The above medication cannot be administered by a HAAD Licensed School Nurse/Physician in accordance with this standard and the relevant policies.
لا يمكن أن يتم إعطاء الدواء أعلاه من قبل ممرض مرخص من هيئة الصحة -أبوظبي وفقاً لهذا المعيار و السياسات ذات الصلة

Important Notice: Parents are responsible for notifying the school about any change of information contained in this form.

يتحمل ولي الأمر المسؤولية عن إخطار المدرسة عن أي تغيير في المعلومات الواردة في هذا النموذج

Name of Parent: (اسم ولي الأمر) _____

Signature: (التوقيع) _____ Date: (التاريخ) _____

C4. CONSENT FOR SCHOOL HEALTH SCREENING

ج.4. نموذج الموافقة على الفحص الطبي

These are mandatory screening tests for Grades 1 – 12 students that must be done in school by the School Nurse. The objective of this screening is to recognize early signs of health problem in your child. Early detection matters most because it will result to prevention and early treatment of a more serious health problem.

Your child will be screened for shortsightedness during visual acuity assessment. The child will read a chart from a predetermined distance. The height and weight of your child will be checked to monitor his or her growth. A platform type of weighing scale with height scale will be used in the assessment.

Any deviation from normal range will be sent to you through a referral letter recommending you to bring your child for a follow up visit.

For further information regarding School Health Screening, refer to the HAAD website

(<http://schoolsforhealth.haad.ae/school-clinics/school-screening-program.aspx>)

هذه هي اختبارات الفحص الإلزامي للصفوف 1-12 الطلاب التي يجب أن تتم في المدرسة من قبل ممرضة المدرسة. والهدف من هذا الفحص هو التعرف على العلامات المبكرة للمشكلة الصحية في طفلك. فالكشف المبكر له أهمية أكبر لأنه سيؤدي إلى الوقاية والعلاج المبكر لمشكلة صحية أكثر خطورة. سيتم فحص طفلك من أجل قصر النظر أثناء تقييم حدة البصر. سوف يقرأ الطفل الرسم البياني من مسافة محددة. سيتم قياس طول ووزن طفلك لمراقبة نموه. وسيتم إبلاغكم في حال وجود أي انحراف عن المعدل الطبيعي للنمو من خلال رسالة الإحالة التي توصي بأخذ طفلك إلى زيارة للمتابعة الطبية. لمزيد من المعلومات حول فحص الصحة المدرسية، يرجى مراجعة موقع هيئة الصحة - أبوظبي

أوافق على أن ابني/ابنتي لا أوافق على أن ابني/ابنتي

I consent that my child I do not consent my child:

Name: (الاسم) _____ Date of Birth: (تاريخ الميلاد) _____

Address (العنوان) _____

Phone Number: _____ School: (المدرسة) _____ Grade/Section(الصف) _____

To be assessed for visual acuity, height and weight by the School Nurse.

أن يتم فحص طوله ووزنه ونظره عن طريق ممرضة المدرسة

I understand that these assessments are deemed important. I am willing to personally take my child to a private doctor for the said assessments and submit certified results to the School Nurse.

وأنا أفهم أن هذه التقييمات تعتبر هامة. أنا على استعداد لأخذ طفلي شخصياً إلى طبيب خاص للتقييمات المذكورة وتقديم النتائج المعتمدة لممرضة المدرس

Important Notice: Parents are responsible for notifying the school about any change of information contained in this form.

ملاحظة هامة: الآباء مسؤولون عن إخطار المدرسة عن أي تغيير في المعلومات الواردة في هذا النموذج

Name of Parent: _____ Signature: _____ Date: _____

(اسم ولي الأمر)

(التوقيع)

D. COVID-19 PROCEDURES (PSRG 1.9)

If a student becomes sick at school with any of the following COVID-19 related symptoms:

Fever (37.5°C and above); Cough; Body ache; Fatigue; Shortness of breath; Sore throat; Runny nose; Diarrhea; Nausea; Headache; Loss of smell or taste.

- Student will be referred to the school clinic for further assessment. Student will stay in the isolation or quarantine room while waiting for parents.
- Parents will be contacted immediately by the COVID-19 Response Team Focal Person to retrieve the student from school and to consult a doctor.
- Student can continue to learn online depending on student's personal preference and health status.
- The school nurse **will not** administer any medicines to the sick student. Only if a student is having a difficulty and shortness of breath shall the school nurse administer basic low flow of oxygen until transported to the hospital.
- The student will only return to school with a COVID-19 negative result, or a medical report stating that the symptoms are due to other diseases, a sick leave and improvement of health status.
- If the student tests positive for COVID-19, the parents are mandated to inform the school. The student will only return to school after having a 2 consecutive negative results of COVID-19 test and improvement of health status.
- Information about the student will not be shared with anyone other than the relevant government authorities; ADEK and Abu Dhabi Public Health Center (ADPHC) using the infectious diseases notification (IDN) system.
- Cleaning and disinfection are thoroughly done.

REMINDERS FOR PARENTS ABOUT COVID 19

Parents are advised to check their children's temperatures and screen for symptoms before leaving the house. Children who exhibit symptoms or who are feeling generally unwell are encouraged to stay at home and consult a doctor if health status worsen. **(PSRG 1.3.7)**

INDIVIDUALIZED HEALTHCARE PLAN

خطة العلاج الفردية

Student Name (اسم الطالب): _____ Date of Birth (تاريخ الميلاد): _____ Grade & Section (الصف والشعبة): _____

Primary Health Concern (المشكلة الصحية الأساسية): _____

Secondary Health Concern(s) (المشكلة الصحية الثانوية): _____

Diagnosis (التشخيص): _____

Action Items: (Steps to follow) (الإجراءات المتبعة)

Emergency Medications: (العلاج في الحالات الطارئة)

MEDICINE العلاج	DOSE الجرعة	WHEN TO USE مواعيد الجرعات

Seek emergency care if the child has any of the following: يرجى طلب العناية الطارئة إذا ظهرت على الطفل أحد الأعراض التالية

Anticipated Results (النتائج المتوقعة)

Evaluation: (التشخيص)

Remarks/Special Instructions (ملاحظات / تعليمات خاصة):

Physician's Name & Signature

Date

Parent's Name & Signature

Date