

## نموذج الموافقة على إجراء الفحص الوقائي لطلاب رياض الأطفال

### CONSENT FORM FOR PROVIDING THE PREVENTIVE SCREENING FOR THE KINDERGARTEN STUDENTS

Ambulatory health care services (AHS), a subsidiary of Abu Dhabi Health Services Company (SEHA), aims to assess the Kindergarten student's health status aged 4-5 years by initiating The Well child preventive screening and care management in order to detect health problems early. The screening entail, physical examination, checking, the body mass index, vision and hearing, complete blood count.

تهدف الخدمات العلاجية الخارجية التابعة لشركة أبوظبي للخدمات الصحية-صحة إلى تقييم صحة طلاب رياض الأطفال عن طريق إجراء الفحص الوقائي للأطفال الأصحاء وذلك لاكتشاف الحالات المرضية مبكراً والمحافظة على صحة و سلامة الطالب. ويتم ذلك من خلال الكشف السريري على الطالب، فحص مؤشر كتلة الجسم، فحص النظر و السمع، وفحص الدم.

The health care teams consist of general practitioner and nurses. The well child/Kindergarten students screening will be conducted either in AHS clinics, mobile clinics, or school clinic. Following the medical examination, any child with an abnormal test results will receive an official report addressed to his /her parent/guardian, and an appointment will be set for the child with one of the specialist physicians in one of AHS clinics.

In addition to the follow up by the school nurse

يتألف الكادر الطبي الذي يقوم بإجراء الفحص من طبيب عام و كادر التمريض ، علماً بأن الفحص الوقائي للطالب سيتم إما في المراكز الصحية التابعة للخدمات العلاجية الخارجية أو العيادات المتنقلة أو في عيادة المدرسة. وفي حال وجدت نتائج الفحوصات غير طبيعية ستستلم رسالة شخصية بذلك و سيتم تحديد موعد لطفلك مع أحد الأطباء المختصين في أحد المراكز الصحية التابعة للخدمات العلاجية الخارجية.

The data collected will be used by the Department of Health (DOH) and Ministry of Education (MOE) to establish the disease pattern in our society and assist in the planning of national health initiatives. Note that all data will be dealt with confidentiality (meaning all personal information will be kept private)

إن كافة البيانات المتعلقة بنتائج الفحوصات الوقائية سيتم استخدامها من قبل وزارة التربية والتعليم ودائرة الصحة-أبوظبي لدراسة نمط الأمراض في مجتمعنا، بهدف المساعدة في التخطيط للمبادرات الصحية الوطنية، علماً بأن جميع هذه البيانات سيتم التعامل معها بسرية تامة (أي أنه سيتم المحافظة على خصوصية المعلومات الشخصية).

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:

أقر أنا الموقع أدناه (-----) ولي الأمر الطالب (-----) بأنه تم إعطائي شرح وافي عن الفحوصات الطبية وعن الغاية من إجراء الفحص الوقائي لأبني/ابنتي، وبالتالي:

Agree, for Ambulatory health care services (AHS) screening team to conduct the tests that have been mentioned. I further agree to be contacted in the future if needed, in order to provide follow-up of the medical diagnosis and treatment of my child and that the report shall be sent with my child.

أوافق على القيام بإجراء الفحوصات التي تم ذكرها في أعلى الإقرار و على أن يتم الإتصال بي في المستقبل من أجل المتابعة الطبية إن لزم الأمر ، وعلى أن يتم إرسال التقرير الطبي مع إبني /ابنتي

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

لا أوافق. يرجى ذكر السبب-----  
-----  
-----

Required Documents:

أقر بإبني قمت بإرفاق المستندات المطلوبة التالية:

- Copy of Emirates ID (front and back)  
 A recent photograph of the student.

- صورة من بطاقة هوية الإمارات (الأمم و الخلف) الخاصة بالطالب  
 صورة حديثة للطالب

School Name: \_\_\_\_\_ Grade/Section: \_\_\_\_\_  
Family Medicine Physician: \_\_\_\_\_  
Preferred Clinic for Follow Up: \_\_\_\_\_  
Guardian's Signature: \_\_\_\_\_  
Contact Number: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_

اسم المدرسة \_\_\_\_\_ الصف \_\_\_\_\_  
اسم طبيب العائلة \_\_\_\_\_  
العيادة المفضلة للمتابعة \_\_\_\_\_  
توقيع ولي الأمر \_\_\_\_\_  
رقم هاتف ولي الأمر \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_