



نموذج موافقة عام

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 , 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 to control mild to moderate pain and fever.
2. Antihistamine cream to relieve mild to moderate skin allergies.
- 3- Epinephrine in an acute allergic reaction
- 4- Salbutamol inhaler to control asthmatic symptoms.

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 records is confidential document.
The information in it is circulated only by members of the
medical team of the MOHAP.

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

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

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

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

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

1. البنادول لتخفيف حدة الألم ذو الدرجة البسيطة أو المتوسطة ومخفض للحرارة.
2. كريم مضاد للهستامين للتخفيف من حالات حساسية الجلد البسيطة والمتوسطة.
- 3-الإبينيفرين في حالة الحساسية الحادة .
- 4- فنتولين (سالبيوتامول) لعلاج أعراض الربو.

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: