النسخة الإلكترونية هي النسخة المضبوطة وفق إجراء ضبط الوثائق. النسخ الورقية غير مضبوطة وتقع على مسؤولية حاملها.
يسمح بالوصول وبالاحتفاظ بهذه الوثيقة مع مصدرها أو مع المسؤول عن تطبيقها أو مع المطبق عليهم.
تصنيف أمن المعلومات: ☐ بيانات مفتوحة ☒ خاص ☐ حساس ☐ سري

قطاع الصحة العامة - إدارة صحة السكان وعلم الأوبئة
(برنامج الصحة المدرسية)

الإستمارة الصحية للطالب وإقرار الموافقة

صورة الطالب	**عزيزي ولي أمر / الوصي الشرعي على الطالب:** يرجى تعبئة النموذج التالي بدقة لضمان الحفاظ على صحة طفلك ومتابعتها خلال العام الدراسي. في حال كانت الإجابة بنعم على أي سؤال، يرجى تزويدنا بالتواريخ والتفاصيل.

معلومات المدرسة			
اسم المدرسة:		**الصف/ السنة:**	
		الشعبة:	
معلومات الطالب			
الاسم الكامل للطالب/الطالبة:		**الجنس:**	
تاريخ الميلاد:		**الجنسية:**	
اسم الوالد أو الوصي الشرعي:		**صلة القرابة بالطالب:**	
الديانة:		**اللغة الأولى**	
رقم الهاتف المتحرك (1):		**رقم الهاتف المتحرك (2):**	
البريد الإلكتروني:		**الإمارة:**	
في حالة الطوارئ، وعند تعذّر الاتصال بولي الأمر/الوصي، يمكن التواصل مع الشخص التالي:			
الاسم:		**صلة القرابة:**	**رقم الهاتف المتحرك:**

المرفقات المطلوبة			
نسخة من الهوية الإماراتية للطالب	☐ نعم	☐ لا	**رقم الهوية:**
نسخة من جواز سفر الطالب	☐ نعم	☐ لا	
بطاقة التطعيم الأصلية أو نسخة محدّثة عنها	☐ نعم	☐ لا	
نسخة البطاقة الصحية (إن وجدت)	☐ نعم	☐ لا	**رقم البطاقة الصحية:**
نسخة بطاقة التأمين الصحي (إن وجدت)	☐ نعم	☐ لا	

التاريخ الطبي للطالب				
	المشكلة الصحية	نعم	لا	ملاحظات
1	هل يعاني الطالب من أي حساسية تجاه الأدوية أو الطعام أو الغبار، أو غيرها؟ إن كانت الإجابة "نعم"، يرجى التوضيح في الملاحظات			
2	هل يعاني الطالب من أي مشكلة في القلب أو الأوعية الدموية؟			
3	هل يعاني الطالب من مرض السكري؟			
4	هل يعاني الطالب من ارتفاع ضغط الدم؟			
5	هل يعاني الطالب من الربو القصبي؟			
6	هل يعاني الطالب من أي مشكلة في الكلى؟			
7	هل عانى الطالب من التهابات متكررة في المسالك البولية؟			
8	هل يعاني الطالب من نوبات صرع؟ أو نوبات تشنج؟			
9	هل يعاني الطالب من نزيف الأنف (الرعاف)؟			
10	هل الطالب مصاب بأنيميا الفول تكسر الدم (نقص إنزيم G6PD)؟			
11	هل يعاني الطالب من أي مرض وراثي في الدم (مثل الثلاسيميا، فقر الدم المنجلي، الهيموفيليا)؟ إن كانت الإجابة "نعم"، يرجى التوضيح في الملاحظات			
12	هل يعاني الطالب من أي مشكلة جلدية؟			
13	هل يعاني الطالب من أي مشكلة في العين مثل قصر النظر، طول النظر؟ إن كانت الإجابة "نعم"، يرجى التوضيح في الملاحظات			
14	هل يعاني الطالب من أي مشكلة في السمع؟			
15	هل يستخدم الطالب أي جهاز طبي مساعد؟ إن كانت الإجابة "نعم"، يرجى توضيح تفاصيل الجهاز في الملاحظات			
16	هل خضع الطالب لأي عملية جراحية في الماضي؟ إن كانت الإجابة "نعم"، يرجى توضيح التفاصيل في الملاحظات			
17	هل سبق إدخال الطالب إلى المستشفى في أي وقت؟ إن كانت الإجابة "نعم"، يرجى توضيح الأسباب في الملاحظات			
18	هل يعاني الطالب من أي حالة صحية قد تُضعف جهاز المناعة مثل السرطان (سرطان الدم، الأورام اللمفاوية) أو سبق أن خضع لزراعة عضو؟ إن كانت الإجابة "نعم"، يرجى التوضيح في الملاحظات			
19	هل تلقى الطالب أي نقل للدم أو الأجسام المضادة أو البلازما في الماضي؟			
20	هل عانى الطالب من أي من الأمراض التالية: (النكاف، الحصبة، الخناق، السعال الديكي، جدري الماء، السل)؟ إن كانت الإجابة "نعم"، يرجى توضيح التفاصيل في الملاحظات			
21	هل عانى الطالب من التهاب الكبد الفيروسي؟			
22	هل عانى الطالب من شلل الأطفال (عدوى الشلل الرضيع)؟			
23	هل يعاني الطالب من أي مشكلة نفسية أو سلوكية؟ إن كانت الإجابة "نعم"، يرجى التوضيح في الملاحظات			
24	هل يعاني الطالب من أي مشكلة أو مرض آخر لم يُذكر هنا؟ إن كانت الإجابة "نعم"، يرجى التوضيح في الملاحظات			

إذا كان الطالب يعاني أو سبق أن عانى من أي من المشاكل الصحية المذكورة أعلاه أو غيرها، يرجى الإجابة عن الأسئلة التالية:

الأدوية أو العلاجات المستخدمة بشكل مستمر					
1. الحالة الطبية:					
اسم الدواء:					
الجرعة:		**عدد مرات الاستخدام:**		**طريقة الاستخدام:**	
2. الحالة الطبية:					
اسم الدواء:					
الجرعة:		**عدد مرات الاستخدام:**		**طريقة الاستخدام:**	
أدوية الطوارئ					
اسم الدواء:					
الجرعة:		**عدد مرات الاستخدام:**		**طريقة الاستخدام:**	
تعليمات الطبيب المعالج بخصوص تغذية الطالب (التوصيات الغذائية)					
تعليمات الطبيب المعالج بخصوص النشاط البدني والتمارين الرياضية للطالب (توصيات النشاط البدني)					
أي تعليمات أو توصيات من الطبيب المعالج ينبغي على الفريق الطبي في المدرسة اتباعها خلال ساعات الدوام المدرسي.					

التاريخ الطبي للعائلة

	المشكلة الصحية	نعم	لا	ملاحظات
1	أي مشكلة في القلب أو الأوعية الدموية أو ارتفاع ضغط الدم			
2	السكري			
3	أي مرض وراثي في الدم (مثل الثلاسيميا، فقر الدم المنجلي، الهيموفيليا)			
4	أي نوع من أنواع السرطان			
5	أي مشكلة في جهاز المناعة			
6	أي مشكلة في الصحة النفسية			
7	مشاكل صحية أخرى، يرجى توضيحها في الملاحظات			

الموافقة على الفحوصات الصحية والخدمات الطبية المدرسية

يوضح هذا النموذج الفحوصات الصحية الأساسية والخدمات الطبية المقدمة في المدرسة. بالموافقة على كل فحص أو خدمة صحية مدرسية، فإن ولي الأمر يُخوّل الفريق الصحي المدرسي بتقديم الرعاية الصحية الأساسية اللازمة للطالب.

يتألف الفريق الصحي من طبيب وممرض المدرسة، مع إمكانية الاستعانة بأخصائيين صحيين مرخصين من هيئة الصحة في دبي، حسب طبيعة الفحص واحتياجات الطلبة.

تُجرى الفحوصات في عيادة المدرسة وفقًا للمتطلبات والمعايير المعتمدة. كما يتم تزويد ولي الأمر بتقرير يتضمن نتيجة الفحص، والتوصيات أو الإحالات اللازمة، عند الحاجة.

يرجى تعبئة الموافقة أو الرفض في الجدول أدناه وفقًا للصف / **Year الطالب.

يرجى وضع علامة (✓) على إما الموافقة أو الرفض لكل خدمة وفحص صحي. في حال اختيار الرفض، يرجى توضيح سبب الرفض.

الخدمة الصحية المدرسية / الفحص الطبي	الصف المدرسي /Year**	موافقة	رفض	سبب الرفض
الإسعافات الأولية، والتحويل لغرفة الطوارئ، وأدوية الطوارئ	جميع الصفوف/All Years	☐	☐	
تقييم النمو، ويتضمن (قياس الطول والوزن - مؤشر كتلة الجسم (BMI)	جميع الصفوف/All Years	☐	☐	
فحص النظر	جميع الصفوف/All Years	☐	☐	
فحص السمع	إلزامي – الصف1 / Year2 موصى به – الصف 3 / year4 والصف 5 year6/	☐	☐	
فحص الأسنان	القبول الجديد، الصف Year2/1 ، الصف Year6/5، الصف 9/ Year10	☐	☐	
برامج طلاء الأسنان بالفلورايد للوقاية من التسوس	الصف Year2/1، الصف Year3/2، الصف Year4/3	☐	☐	
برامج تنظيف الأسنان تحت الإشراف	الروضة 1 /FS2 والروضة 2 /Year1	☐	☐	
فحص الظهر (فحص انحناء العمود الفقري)	الصف Year6/5 (إناث) والصف 9 /Year10 (ذكور)	☐	☐	
الفحص البدني، ويشمل: تقييم المؤشرات الحيوية (درجة الحرارة، النبض، معدل التنفس، وضغط الدم.	القبول الجديد، الروضة 1 / FS2، الصف Year2/1، الصف 5 /Year6، والصف Year10/9	☐	☐	
فحص تقييم الصحة النفسية (اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه)	الصف Year2/1 (إذا أوصى به بعد ملاحظة المعلم)	☐	☐	
فحص الصحة النفسية (الاكتئاب)	الصف Year10/9	☐	☐	
فحص التدخين	للطلاب البالغين 11 عامًا فأكثر	☐	☐	
فحص الدم - تعداد الدم الكامل (CBC) للكشف عن فقر الدم	الصف Year2/1 (إناث وذكور) والصف Year10/9 (إناث)	يجب إجراء فحص تعداد الدم الكامل (CBC) للطلاب المستهدفين في منشأة رعاية صحية مرخصة، وعلى ولي الأمر/الوصي تسليم نتيجة		

		الفحص إلى العيادة المدرسية.

ملاحظة:

يلزم إجراء فحص للأعضاء التناسلية مرة واحدة للطلاب في الصف 1/ Year2 ومرة واحدة في الصف Year6/5 كجزء من الفحص الطبي الشامل لتقييم النمو الطبيعي وتحديد أي مخاوف طبية. ومع ذلك، وحفاظًا على خصوصية الطلاب، لن يُجرى هذا الفحص داخل المدرسة. يُنصح أولياء الأمور/الأوصياء بترتيب إجراء هذا الفحص لدى الطبيب المعالج للطفل أو في أقرب مركز صحي خلال الصف/السنة المعنية.

تقييم الصحة النفسية (اضطراب فرط الحركة و نقص الإنتباه): سيقوم المعلم بتحويل الطلاب المشتبه بوجود مؤشرات لديهم إلى ممرض المدرسة الذي بدوره سيرسل استبيان إلى المعلم وولي الأمر. وإذا كانت النتائج إيجابية في اي إستبيان فسيتم التحويل إلى الطبيب المختص.

**Year ينطبق ذلك على المدارس البريطانية.

إقرار ولي الأمر/الوصي

☐ أُقر بأن المعلومات المقدمة صحيحة

☐ أُقر بضرورة إبلاغ الفريق الطبي المدرسي بأي تغييرات في الحالة الصحية للطالب، وتقديم التقارير الطبية اللازمة وفقًا لذلك.

اسم ولي الأمر/الوصي:		**توقيع ولي الأمر/الوصي:**	
صلة القرابة بالطالب:		**التاريخ:**	

ملاحظات:

- يرجى إرفاق التقارير الطبية المتعلقة بالمشكلة الصحية للطالب، إن وجدت.
- تقع على عاتق ولي الأمر/الوصي على الطالب مسؤولية إبلاغ العيادة المدرسية بأي تغييرات في الحالة الصحية للطالب، وتقديم التقارير الطبية اللازمة لتحديث سجله الطبي في المدرسة.
- إذا أظهرت نتائج الفحص المدرسي أي مؤشرات غير طبيعية لدى الطالب، سيتم تزويد ولي الأمر/الوصي، بخطاب إحالة لمراجعة طبيب اختصاصي، لاستكمال التقييم الطبي.
- يجب تعبئة نموذج الموافقة في كل عام دراسي وتحديثه عند الحاجة.
- تُشارَك كافة البيانات المتعلقة بنتائج برنامج الفحص الطبي المدرسي الشامل مع هيئة الصحة في دبي والجهات الحكومية المعنية الأخرى، عند الاقتضاء. ونؤكد أن جميع المعلومات والبيانات ستُعامَل بسرية تامة ووفقًا لأعلى معايير حماية الخصوصية.

يرجى التواصل مع طبيب/ممرضة المدرسة في حال وجود أي استفسار