

نموذج الموافقة على إجراء الفحص الطبي لطلاب المدارس

SCHOOL HEALTH SCREENING CONSENT FORM

The School Student Screening aims to assess the health status of students 4 years of age and older in order to detect health problems early. The school health screening consists of: specified screening according to the school stage for the Kg1, Grade 1, Grade 5, and Grade 9. And the annual health screening for students in all grades.

The Annual screening is performed by a school nurse in the school clinic and consists of: checking the body mass index, and vision screening. School nurse will also review student's medical record and vaccination status and health education will be given. School nurse will give health promotion appropriate to student age.

The specific screening delivered by a healthcare provider team (physician, nurse and medical technician) which consists of medical history taking, checking the body mass index, measuring blood pressure, vision and hearing test, physical examination, blood test and supervised tooth brushing program & fluoride varnish. Physician will also review students medical record and vaccination status and health education will be given. Students in Grade1 are expected to be screened for ADHD, if necessary. And Grade 9 students will be screened for depression by a physician.

Kindly note that the physical examination carried out by the doctor in Grade 1 will not include an examination of the genitalia, in order to preserve the privacy of the student, so the parent/guardian should go to the nearest health center to conduct this examination due to its importance.

After the school screening, any student with abnormal test results will receive a referral letter to his/her parents/guardian, directing them to take the student to an appointment with a specialist doctor.

The data collected will be used by governmental health authorities in the country to establish the disease pattern in the society and assist in the planning of national health initiatives. Note that all data will be dealt with confidentially and the personal information will be kept private.

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 Agree, to conduct the tests that have been mentioned. I further agree to be contacted in the future if necessary, by the school nurse to follow up on my child's medical diagnosis and treatment and to send a copy of the report with my child.

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

School Name: _____ Grade/Section: _____

Guardian 's Signature: _____

Contact Number: _____

Date: _____

يهدف الفحص الطبي لطلبة المدارس إلى تقييم الحالة الصحية للطلبة الذين يبلغون من العمر 4 سنوات فما فوق من أجل الكشف عن المشكلات الصحية مبكراً. يتكون الفحص الطبي المدرسي من: الفحص المحدد حسب المرحلة الدراسية لطلبة الروضة الأولى والصف الأول والخامس والتاسع، والفحص السنوي للطلبة في كافة الصفوف.

الفحص السنوي: يقوم به ممرض المدرسة في العيادة المدرسية ويتكون من فحص مؤشر كتلة الجسم وفحص النظر. كما سيقوم ممرض المدرسة أيضاً بمراجعة السجل الطبي للطلاب وحالة التطعيم وسيقدم تثقيفاً صحياً مناسباً لعمر الطالب.

الفحص المحدد حسب المرحلة الدراسية: يقوم به فريق من مقدمي الرعاية الصحية (طبيب وممرضة وفني طبي) ويتكون من أخذ التاريخ الطبي، وإجراء فحص مؤشر كتلة الجسم، وقياس ضغط الدم، واختبار النظر والسمع، والفحص السريري، وفحص الدم، وبرنامج تفريش الأسنان تحت الإشراف وتطبيق الفلورايد. سيقوم الطبيب أيضاً بمراجعة السجل الطبي للطلاب وحالة التطعيم وتقديم التثقيف الصحي. ومن المتوقع في الصف الأول أن يتم فحص الطلبة للكشف عن اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه إن لزم الأمر، كما سيتم فحص طلبة الصف التاسع للكشف عن الاكتئاب بواسطة الطبيب.

كما يرجى العلم بأن الفحص السريري الذي يقوم به الطبيب في الصف الأول لن يشمل فحص الجهاز التناسلي وذلك حفاظاً على خصوصية الطالب، لذا على ولي الأمر التوجه إلى أقرب مركز صحي لإجراء هذا الفحص لأهميته.

بعد الفحص المدرسي، سيتلقى أي طالب لديه نتائج فحص غير طبيعية رسالة تحويل إلى والديه / الوصي عليه، وذلك لتوجيههم لأخذ موعد لدى أحد الأطباء المختصين.

إن كافة البيانات المتحصلة من قبل الجهات الصحية الحكومية بالدولة سيتم استخدامها لدراسة نمط الأمراض في المجتمع، والمساعدة في التخطيط للمبادرات الصحية الوطنية. علماً بأن جميع هذه البيانات سيتم التعامل معها بسرية تامة مع المحافظة على خصوصية البيانات الشخصية.

أنا (-----)، الوصي الموقع أثناء الطالب (-----)، تلقيت معلومات كافية حول الفحص والغرض من إجراء هذا الفحص لابني، ولذلك أنا أوافق على إجراء الفحوصات التي تم ذكرها. كما أوافق على أن يتم الاتصال بي في المستقبل إذا لزم الأمر من قبل ممرض المدرسة لمتابعة التشخيص الطبي والعلاج لابني وإرسال نسخة من التقرير مع ابني.

غير موافق، يرجى ذكر السبب: -----

اسم المدرسة: _____ الصف / الشعبة: _____

توقيع ولي الأمر: _____

رقم التواصل: _____

التاريخ: _____