



### Student personal information

### المعلومات الشخصية للطالب

Student full name	اسم الطالب بالكامل	
Nationality	الجنسيه	
Gender	النوع	Male ذكر <input type="checkbox"/> female أنثى <input type="checkbox"/>
Date of birth	تاريخ الميلاد	
Place of birth	مكان الميلاد	
Student ID	رقم الطالب المدرسي	
Emirates ID	رقم الهوية الاماراتيه	
Address	العنوان	

### Parents\Guardians information

### معلومات الوالدين\الواصي

Item	Father الاب	Mother الام	Guardian الواصي
Name	الاسم		
Date of birth	تاريخ الميلاد		
Nationality	الجنسيه		
Emirates ID	الهويه الاماراتيه		
Educational level	مستوى التعليم		
Occupation	الوظيفه		
Mobile number	رقم الهاتف		
Email	البريد الالكتروني		

### Significant information

### معلومات هامه

In case of emergency		في حالة الطوارئ
Name	الاسم	
Relationship	صله القرابه	
Mobile number	رقم الهاتف	

Allergy	الحساسيه	
Others	أخرى	

### Address& Contact information

### العنوان ومعلومات الاتصال

Emirate	الاماره	Area	المنطقه
Road	الطريق	Building No	رقم المبنى
Flat\Villa No	رقم الشقه\ الفيلا	Home telephone No	رقم هاتف المنزل

Student name:

Student No:

Student illness history		التاريخ المرضي للطالب	
Chronic Diseases		الامراض المزمنه	
Infectious Diseases		الامراض المعديه	
1		1	
2		2	
3		3	
4		4	
Medication which student take		الادويه التي يستخدمها الطالب	
Medicine	الدواء	Dose	الجرعه
Route	الطريقه	Time	الوقت
1			
2			
3			
4			
5			
Medication advised in case of emergency		علاج ينصح به في حاله الطوارئ	
Medicine	الدواء	Dose	الجرعه
Route	الطريقه		
1			
2			
3			
Special precautions for Nutrition & Sports		احتياطات خاصه بالتغذيه والرياضه	
Allergy History from		حساسيه من	
1	Medicine	الادويه	
2	Food	الطعام	
3	Others	اخرى	
Family medical history		التاريخ الصحي للعائله	
<input type="checkbox"/>	Cardiovascular problems	مشاكل بالقلب والاو عيه الدمويه	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Immune system Problems	مشاكل بالجهاز المناعى	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Mental health problems	امراض عقليه	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Hereditary blood diseases	أمراض الدم الوراثيه	
	(Thalassemia, sickle cell anemia.....)	الثلاثيميا او انيميا الخلايا المنجليه	
<input type="checkbox"/>	Others(specify).....	أخرى (اذكرها)	
Social history		التاريخ الاجتماعى	
<input type="checkbox"/>	Family Dispute	خلافات اسريه	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Financial Problems	مشاكل ماديه	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Consanguinity	قرباه بين الوالدين	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Problems during pregnancy, Delivery and before school entry	مشاكل اثناء فتره الحمل او الوضع او قبل دخول المدرسه	

Student name:

Student No:

Is student suffering from any of this problems?

هل يعاني الطالب من اى من هذه المشاكل

Put yes or No.

ضع علامه ( نعم ) او ( لا )

Complain	الشكوى (المشكله)	Yes نعم	No لا	Complain	الشكوى (المشكله)	Yes نعم	No لا
Speech defect	عيب في النطق			Prolonged fever > 15 days	حمى طويله لاكثر من 15 يوم		
Hearing defect	عيب في السمع			Deformities of vertebral column	اعتلالات العمود الفقري		
Reduced sense of smell	ضعف الشم			Nocturnal Enuresis (Bed wetting)	تبول ليلي ( لا ارادى )		
Recurrent nasal bleeding	نزيف انف متكرر			Kidney diseases	امراض الكلى		
Recurrent ear infection	التهاب اذن متكرر			Convulsions (type)	تشنجات النوع		
Recurrent tonsillitis	التهاب لوزتين متكرر			Loss of consciousness	فقدان الوعي		
Recurrent eye infection	التهاب عين متكرر			Diabetes mellitus	داء السكري		
Gum or teeth disease	مرض بالاسنان او اللثه			Recurrent diarrhea	اسهال متكرر		
Snoring during sleep	شخير اثناء النوم			Involuntary defecation	التبرز اللا ارادى		
Congenital heart disease	امراض خلقيه بالقلب			Hereditary blood disease	امراض الدم الوراثيه		
Difficulty in breathing	ضيق في التنفس			Accidents	الحوادث		
Bronchial asthma	الربو الشعبى			(specify type & when)	النوع ومتى حدثت		
Chest allergy	حساسيه الصدر			Surgical operation	العمليات الجراحيه		
Allergy	حساسيه			(type & when)	النوع ومتى حدثت		
Type	النوع			Others	اخرى		

Any notice from teachers or social worker about student

ملاحظات من قبل المدرسين او الاخصائي الاجتماعي على الطالب

Parent sig (توقيع ولى الامر)

Nurse Sig (توقيع الممرضه)

Student name:

Student No

Questionnaire for student (to be filled by one of parent)

Questions		Yes	No
1	Does your child have sleeping problems?		
2	Does your child have convulsions ( ), loss of consciousness ( ) OR fall on the ground without Reason ( )?		
3	Does your child have recurrent Headache ( ), Abdominal pain ( ) OR any other Aches ( )?		
4	Does your child escape from home or school without informing his parent ( )? OR fight with others ( )?		
5	Does your child steal from home or school ( )? OR lie recurrently ( )?		
6	Does your child pass urine during sleep ( )? Does your child pass urine while awake ( )? Does your child suffer from involuntary defecation ( )?		
7	Does your child have involuntary muscular movements as blinking face or shoulder ( ) or startled ( )? Describe .....		
8	Does your child show abnormal concern about cleanliness and organization up to obsession?		
9	Does your child repeat special actions continuously and involuntary up to obsession and he can't resist it such as: washing his hands from doing things many times?		
10	Does your child not keeping quiet, hyperactive, can't stay in one place?		
11	Does your child worry when he is away from parents and this linked with fear from going school?		
12	Does your child gets terrified or nervous from un reasonable causes? Does he worry from unimportant things?		
13	Does your child abnormally shy, avoids situations or looks unsatisfied when he is with strangers?		
14	Does your child have problem in speech? Late for age ( ), Not understood well ( ), stammering ( )?		
15	Does your child show retardation ( ) or slow learning ( ) in comparison with children of the same age?		
16	Does your child like to be alone and doesn't like to play with his friends?		
Questions for teenagers more than 12 yrs. of age (filled by student)			
17	Do you feel sad or unhappy with attacks of crying and sleep disturbances repeatedly and without any cause?		
18	Do you have a desire to lose weight? Do you have episodes of excessive eating and then try to reduce your weight by inducing vomiting or using laxatives?		
19	Do you smoke?		
20	Are you using any substance or other harmful drugs?		
21	Do you have episodes of acute worry or episodes of fear?		

Parent sig

Student name:

Student No

## استبيان للطلاب (بعباً من قبل الوالدين)

لا	نعم	الاسئلة
		1 هل يعاني طفلك من مشاكل في النوم؟
		2 هل يعاني طفلك من تشنجات ( ) أو فقدان للوعي ( ) أو يسقط على الأرض بدون سبب ( )؟
		3 هل يعاني طفلك من الصداع المتكرر ( ) أو آلام البطن ( ) أو أي آلام أخرى ( )؟
		4 هل يهرب طفلك من المنزل أو المدرسة دون إبلاغ والديه ( )؟ هل يتشاجر مع الآخرين بصورة متكرره ( )؟
		5 هل يسرق طفلك من البيت أو المدرسة ( )؟ هل يكذب بصورة متكرره ( )؟
		6 هل يتبول طفلك أثناء النوم ( )؟ هل يتبول طفلك وهو مستيقظ ( )؟ هل يعاني طفلك من التبرز اللاإرادي ( )؟
		7 هل يعاني طفلك من حركات عضلية لا إرادية كأن يغمض عينيه أو يحرك وجهه وكتفيه أو ينتفض ؟ صف ذلك
		8 هل يظهر طفلك قلقاً غير طبيعي بشأن النظافة والتنظيم يصل إلى الوسوسة؟
		9 هل يكرر طفلك تصرفات خاصة بشكل مستمر ولا إرادي يصل لدرجه الوسوسة ولا يستطيع مقاومتها مثل: غسل يديه من فعل الأشياء عدة مرات؟
		10 هل طفلك لا يهدأ، أو كثير الحركة ، ولا يستطيع البقاء في مكان واحد؟
		11 هل يشعر طفلك بالقلق عندما يكون بعيداً عن الوالدين ويرتبط ذلك بالخوف من الذهاب إلى المدرسة؟
		12 هل يشعر طفلك بالخوف أو التوتر لأسباب غير معقولة ( )؟ هل يقلق من أشياء غير مهمة ( )؟
		13 هل طفلك خجول بشكل غير طبيعي، يتجنب المواقف أو يبدو عليه عدم الارتياح عندما يكون مع الغرباء ؟
		14 هل يعاني طفلك من مشكلة في النطق؟ متأخر عن العمر ( ) ، غير مفهوم جيداً ( ) ، تأتأه ( )؟
		15 هل يظهر على طفلك تخلف ( ) أو بطء في التعلم ( ) مقارنة بالأطفال في نفس عمره؟
		16 هل يحب طفلك أن يكون بمفرده ولا يحب اللعب مع أصدقائه؟
لا	نعم	أسئلة خاصة بالمرهقين أكثر من 12 سنه ( تعباً بواسطه الطالب)
		17 هل تشعر بالحزن أو عدم السعادة مع نوبات من البكاء واضطرابات النوم بشكل متكرر وبدون أي سبب؟
		18 هل تتناوبك رغبة في إنقاص الوزن؟ هل تعاني من نوبات الإفراط في تناول الطعام ثم تحاول إنقاص وزنك عن طريق التقيؤ أو استخدام أدوية مسهله؟
		19 هل تدخن ؟
		20 هل تستخدم أي مواد أو عقاقير ضارة أخرى ؟
		21 هل تتناوبك حالات قلق حاده مع نوبات فرح ؟

توقيع ولي الامر:

Student name:

Student No

### School health general consent

#### نموذج موافقه عامه

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 school.

My consent involves a general approval of curative and / or preventive services that may include first aid , screening for height ,weight , vision acuity ,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.
- 5- Strepsils to relieve sore throat)

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.

Name:

Sig of student parent\guardian:

Relation to student:

Date

أنا الموقع أدناه أوافق على تقديم الخدمات الصحية إلى ابني/ابنتي في عيادة المدرسة بواسطة ممرض/ة الصحة المدرسية.

موافقتي على هذه الخدمات الصحية تبقى سرية المفعول لحين أقوم أنا برفض هذه الخدمات لابني/ ابنتي أو حين انتقال الطالب/الطالبة الى مدرسه اخرى

أن موافقتي على هذه الخدمات الصحية هي موافقة عامة على أي اجراءات وقائية وعلاجية،وتشمل الاسعافات الأولية، قياس الوزن والطول ؛ حده الابصار التحويلات إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية وأقسام الطوارئ ، وإعطاء الادوية التالية عند الضرورة:

- 1- البنادول لتخفيف الالم ذو الدرجة البسيطة أو المتوسطة وخافض للحراره .
- 2- كريم مضاد للهستامين للتخفيف من حالات حساسية الجلد البسيطة والمتوسطة.
- 3- ايبينيفرين في حالة الحساسية الحادة .
- 4- فنتولين (ساليبوتامول) لعلاج أعراض الربو.
- 5- استريبيزلز لتخفيف الالم الحلق.

الرجاء ذكر اي موانع الاستخدام الادوية 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 ال 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 فإني أعطي الصلاحية لإدارة المدرسة لنقله/ نقلها حسب الحاجة.

الاسم:

توقيع ولي الامر:

صله القرابه:

التاريخ :

Student name:

Student No

Infectious diseases before school entry

الامراض المعدية قبل دخول المدرسه

Infectious disease الامراض المعدية	Infection الاصابه			Infectious disease الامراض المعدية	Infection الاصابه		
	Yes نعم	No لا	Don't know لا اعرف		Yes نعم	No لا	Don't know لا اعرف
Measles الحصبة				Diphtheria دفتيريا			
German measles الحصبة الالمانية				Tuberculosis الدرن الرئوي			
Chicken box الجديري				hepatitis A التهاب كبدى (أ)			
Mumps نكاف				hepatitis B التهاب كبدى (ب)			
Poliomyelitis شلل أطفال				Intestinal Parasites طفيليات معويه			
Whooping cough سعال ديكى				Scabies الجرب			
Others(specify) أخرى (حدد)				Meningitis التهاب السحائي			

Infectious diseases during school years  
الامراض المعدية التى اصيب بها الطالب اثناء الدراسه

Infectious diseases الامراض المعدية	Date of onset تاريخ الاصابه	Isolation period from :to فتره العزل	Remark ملاحظات	Signature of nurse توقيع الممرضه
Measles الحصبة				
German measles الحصبة الالمانية				
Chicken box الجديري				
Mumps نكاف				
Whooping cough سعال ديكى				
Diphtheria دفتيريا				
Scarlet fever حمى قرمزيه				
Tuberculosis الدرن الرئوي				
Viral Hepatitis التهاب كبدى				
Meningitis التهاب السحائي				
Intestinal Parasites طفيليات معويه				
Scabies الجرب				

Nurse signature: توقيع الممرضه

Parent Signature: توقيع ولى الامر



## National Immunization Program

### برنامج التطعيمات الوطني

Vaccine	At birth	2 months	4 months	6 months	12 months	18 months	5-6 years Grade 1	13-14 years Grade 8	15-18 years Grade 11
BCG	BCG								
Hepatitis B virus	HBV 1								
Rota Virus		Rota 1	Rota 2	Rota 3					
Hexavalent *		Hexavalent 1	Hexavalent 2						
Pneumococcal conjugated		PCV 1	PCV 2	PCV 3					
Oral Polio (OPV)				OPV		OPV (booster 1)	OPV (booster 2)		
Pentavalent **				Penta					
MMR (Mumps ,Measles &Rubella)					MMR 1	MMR 2			
Varicella					Varicella 1		Varicella 2		
Combined DTaP, Hib, IPV						Combined DTaP, Hib, IPV			
Combined DTaP- IPV							DTaP-IPV (booster)		
HPV (for Girls)								HPV1, HPV2 after 6-12 months	
Tdap (booster)									Tdap (booster)
Meningococcal group ACWY, conjugate vaccine									Meningococcal

\*Hexavalent: DTaP (Diphtheria, acellular Pertussis, Tetanus) + Hib (Haemophilus Influenza type B) + HBV (Hepatitis B) + IPV (Injectable Polio)

\*\*Pentavalent: DTP (Diphtheria, Pertussis, Tetanus) + Hib (Haemophilus Influenza type B) + HBV (Hepatitis B)

Student name:

Student No:

Immunization (from official vaccination certificate)

التحصينات من واقع شهادة التطعيم الرسمي

Immunization History					
Vaccine التطعيم	First Dose	Second Dose	Third Dose	First Booster	Second Booster
BCG					
Hepatitis B virus					
Rota Virus					
Hexavalent					
Pneumococcal Conjugated					
OPV					
Pentavalent					
MMR					
Varicella					
Combined DTaP, Hib, IPV					
DTaP (Booster)/DTaP-IPV					
HPV					
Tdap (booster)					
Meningococcal					
Others _____					

Nurse Sig (توقيع الممرضة)

Student name:

Student No:

### Immunization Booster Doses Administered at School

الجرعات المنشطه التي تم إعطائها في المدرسه

Vaccine	التطعيم	Date of vaccination	تاريخ التطعيم	Manufacture date	تاريخ التصنيع	Place of production	مكان الإنتاج	Lot No	رقم العبوه	Expiry date	تاريخ الانتهاء	Nurse signature	توقيع الممرضه
OPV													
MMR													
Varicella 1 <sup>st</sup> dose													
Varicella 2 <sup>nd</sup> dose													
DTaP													
Tdap													
HPV													
Meningococcal													
Hepatitis B	1st												
	2nd												
	3rd												

Nurse signature:















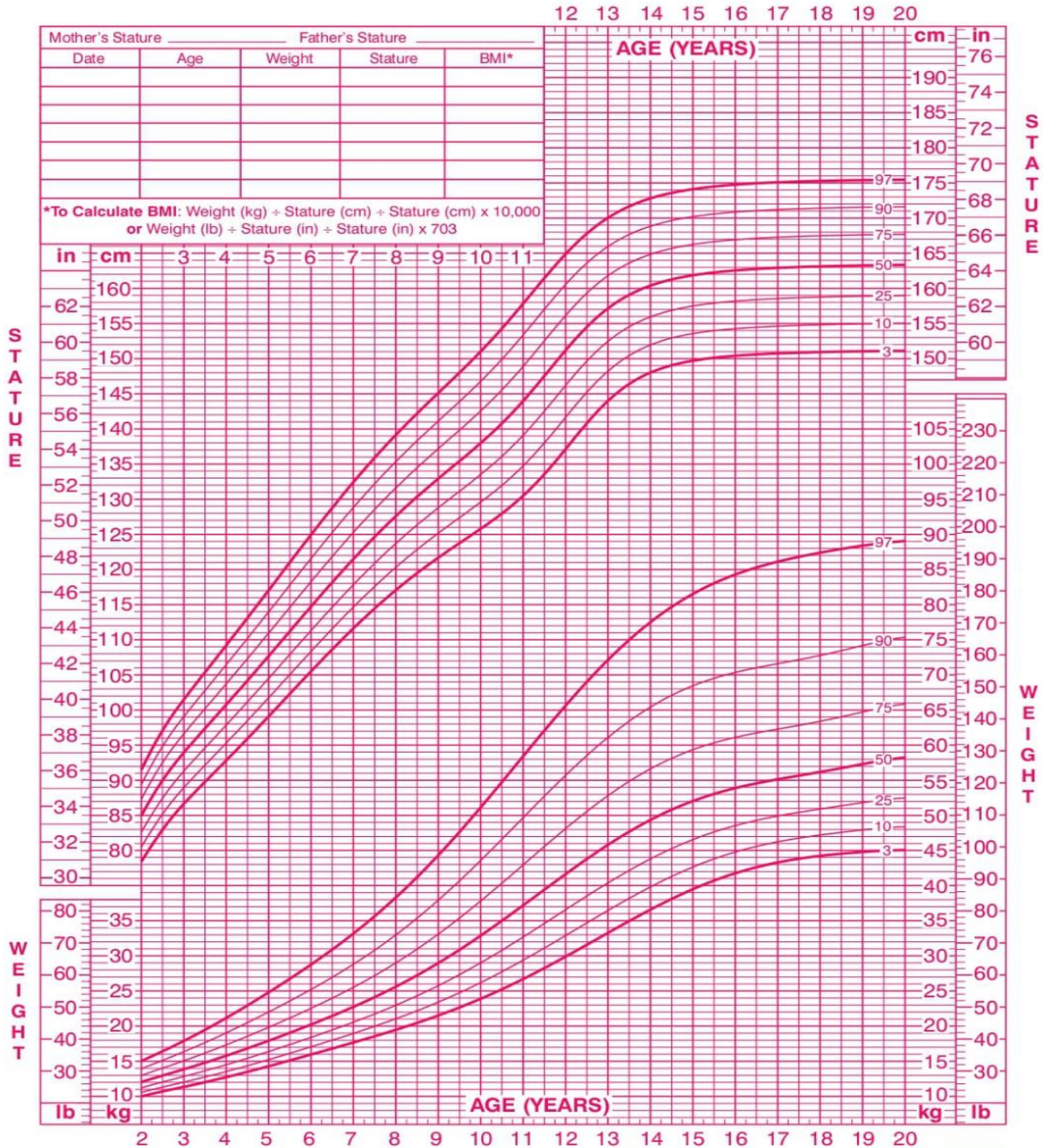
Student name:

Student No:

### 2 to 20 years: Girls Stature-for-age and Weight-for-age percentiles

NAME \_\_\_\_\_

RECORD # \_\_\_\_\_



Published May 30, 2000 (modified 11/21/00).  
 SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with  
 the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000).  
<http://www.cdc.gov/growthcharts>







Student name:

Student No:

## Regular Teeth Checkup

Grade 1

Date of checkup:

Doctor Name:

Checkup result: -

Needs to:-

a) Decay of temporary teeth  

Follow up dental clinic

b) Decay of permanent teeth  

Need more teeth care

c) Others:

Signature:


Grade 2

Date of checkup:

Doctor Name:

a) Decay of temporary teeth  

Follow up dental clinic

b) Decay of permanent teeth  

Need more teeth care

c) Others:

Signature:

Grade 6

Date of checkup:

Doctor Name:

a) Decay of temporary teeth  

Follow up dental clinic

b) Decay of permanent teeth  

Need more teeth care

c) Gum inflammation

d) Check Bite

e) Ortho Dentist

c) Others:

Signature

Grade 7

Date of checkup:

Doctor Name:

a) Decay of temporary teeth  

Follow up dental clinic

b) Decay of permanent teeth  

Need more teeth care

c) Gum inflammation

d) Check Bite

e) Ortho Dentist

c) Others:

Signature:

Student name:

Student No:

## الفحص الدورى للاسنان

اسم الطبيب:

تاريخ الفحص:

الصف الاول :

يحتاج الى :

نتيجه الفحص:

مراجعه عياده الاسنان



(أ) تسوس الاسنان اللبنيه

اهتمام اكثر بالاسنان ونظافتها



(ب) تسوس الاسنان الدائم

التوقيع :

(ج) اخرى :

اسم الطبيب:

تاريخ الفحص:

الصف الثانى :

مراجعه عياده الاسنان



(أ) تسوس الاسنان اللبنيه

اهتمام اكثر بالاسنان ونظافتها



(ب) تسوس الاسنان الدائم

التوقيع :

(ج) اخرى :

اسم الطبيب:

تاريخ الفحص:

الصف السادس :

مراجعه عياده الاسنان



(أ) تسوس الاسنان اللبنيه

اهتمام اكثر بالاسنان ونظافتها



(ب) تسوس الاسنان الدائم

(ج) التهاب اللثة

(د) سوء اطباق

(هـ) تقويم

التوقيع :

(د) اخرى :

اسم الطبيب:

تاريخ الفحص:

الصف السابع :

مراجعه عياده الاسنان



(أ) تسوس الاسنان اللبنيه

اهتمام اكثر بالاسنان ونظافتها



(ب) تسوس الاسنان الدائم

(ج) التهاب اللثة

(د) سوء اطباق

(هـ) تقويم

التوقيع:

(د) اخرى :

Student name:

Student No

**Comprehensive Medical Examination**

الفحص الدورى الشامل

Comprehensive Medical Examination-Grade 1		الفحص الدورى الشامل للصف الاول	
Date of Examination تاريخ الفحص	/ /	Age at examination العمر اثناء الفحص	
Vital Signs العلامات الحيويه	BP:	PR:	RR: Temp:
	Weight:	Height:	BMI:
General Built and Appearance الحالة العامه			
Behavioral +Mental Assessment التقييم العقلى والسلوكى			
Eye (Including Vision Test) العين (تشمل فحص النظر )			
Ear (Including Hearing Test) الاذن(تشمل فحص السمع )			
Oral Health صحة الاسنان			
Neck examination فحص الرقيه			
Skin+ hair+ nail الجلد والشعر والاطافر			
Respiratory System الجهاز التنفسي			
Cardiovascular System القلب والاو عيه الدمويه			
Gastrointestinal System الجهاز الهضمى			
Genito-Urinary System الجهاز البولى التناسلى			
Musculo-Skeletal System Including الجهاز العضلى الهيكلى			
Back Examination فحص الظهر			
Central Nervous System الجهاز العصبى المركزى			
Others أخرى			
Diagnosis التشخيص			
Recommendation التوصيات			
Name of School اسم المدرسه			
Doctor's Name & Signature اسم الطبيب وتوقيعه			
Stamp الختم			

Student name:

Student No

**Comprehensive Medical Examination**

الفحص الدورى الشامل

Comprehensive Medical Examination-Grade 5		الفحص الدورى الشامل للصف الخامس			
Date of Examination	تاريخ الفحص	/ /	Age at examination	العمر اثناء الفحص	
Vital Signs	العلامات الحيويه	BP:	PR:	RR:	Temp:
		Weight:	Height:	BMI:	
General Built and Appearance	الحاله العامه				
Behavioral +Mental Assessment	التقييم العقلى والسلوكى				
Eye (Including Vision Test)	العين (تشمل فحص النظر )				
Ear (Including Hearing Test)	الاذن(تشمل فحص السمع )				
Oral Health	صحة الاسنان				
Neck examination	فحص الرقبه				
Skin+ hair+ nail	الجلد والشعر والاظافر				
Respiratory System	الجهاز التنفسي				
Cardiovascular System	القلب والاوعيه الدمويه				
Gastrointestinal System	الجهاز الهضمى				
Genito-Urinary System	الجهاز البولى التناسلى				
Musculo-Skeletal System Including	الجهاز العضلى الهيكلى				
Back Examination	فحص الظهر				
Central Nervous System	الجهاز العصبى المركزى				
Others	أخرى				
Diagnosis	التشخيص				
Recommendation	التوصيات				
Name of School	اسم المدرسه				
Doctor's Name & Signature	اسم الطبيب وتوقيعه				
Stamp	الختم				

Student name:

Student No

**Comprehensive Medical Examination**

الفحص الدورى الشامل

Comprehensive Medical Examination-Grade		الفحص الدورى الشامل التاسع			
Date of Examination	تاريخ الفحص	/ /	Age at examination	العمر اثناء الفحص	
Vital Signs	العلامات الحيويه	BP:	PR:	RR:	Temp:
		Weight:	Height:	BMI:	
General Built and Appearance	الحاله العامه				
Behavioral +Mental Assessment	التقييم العقلى والسلوكى				
Eye (Including Vision Test)	العين (تشمل فحص النظر )				
Ear (Including Hearing Test)	الاذن(تشمل فحص السمع )				
Oral Health	صحة الاسنان				
Neck examination	فحص الرقبه				
Skin+ hair+ nail	الجلد والشعر والاظافر				
Respiratory System	الجهاز التنفسي				
Cardiovascular System	القلب والاوعيه الدمويه				
Gastrointestinal System	الجهاز الهضمى				
Genito-Urinary System	الجهاز البولى التناسلى				
Musculo-Skeletal System Including	الجهاز العضلى الهيكلى				
Back Examination	فحص الظهر				
Central Nervous System	الجهاز العصبى المركزى				
Others	أخرى				
Diagnosis	التشخيص				
Recommendation	التوصيات				
Name of School	اسم المدرسه				
Doctor's Name & Signature	اسم الطبيب وتوقيعه				
Stamp	الختم				











General Comments:

1. This file is a confidential document and unofficial access, including access to the student, is prohibited. Therefore, confidentiality of patient's record must be maintained at all times.
2. Students are prohibited from carrying or delivering files themselves.
3. At least, the patient's name and number must appear on each page of the student's health file.
4. Notes inside this file must be written by the physician or nurse clearly and legibly in blue ink and must be signed with the date & time. Do not use pencil or ink that can be erased.
5. A mistake in entry can be corrected by drawing a single line (strikeout) through the entry ensuring that mistaken entry remains legible and enter the correction above the incorrect word or statement along with initial and staff number. Never use white correction fluid.
6. Documentation must provide clear evidence of the nursing assessment, plan of care, care delivered and evaluation of care.
7. Attach all related forms, consent, medical reports, updated immunization record, etc. at the back of the student's health file.
8. Immunizations administered within the school premises, **MUST** be recorded by the nurse under the supervision of the physician, in the table titled (Immunization Booster doses administered at school).
9. Immunizations administered in the pre-school period or provided from a health facility outside the school, **MUST** be recorded by the nurse under the supervision of the physician, in the table titled (Immunization History).

## إرشادات عامه :-

- 1-يعتبر هذا السجل وثيقه سريه عن حاله الصحيه للطالب\ه ولا يجوز الاطلاع عليه الا من قبل الجهات الرسميه فقط.
- 2-لا يسمح للتلاميذ بالاطلاع على هذا السجل أو نقله من عياده الى أخرى ويوكل ذلك لمراسلي الصحه المدرسيه او المدرسه.
- 3-تكتب المعلومات في هذا السجل بالحبر الأزرق بعنايه وبخط واضح بواسطه الطبيب او الممرضه ؛ كل في الجزء المخصص له مع كتابه اسمه وتوقيعه وكتابه التاريخ باليوم والشهر والسنه .
- 4-في حاله انتقال الطالب \ه من مدرسه الى أخرى يرفق هذا السجل مع ملفها وأوراقها للمدرسه التي انتقل اليها
- 5- في حاله انقطاع الطالب \ه عن الدراسه يحتفظ بهذا السجل لمده سنتين ثم يتلف .
- 6-في حاله تخرج الطالب\ه من المدرسه والتحاقهما بالجامعات او المعاهد داخل الدوله لاتمام دراستهما العليا ؛ يرسل هذا السجل للوحده الطبيه بالجامعه او المعهد وفي حال تخرجهم من الجامعه يرسل هذا السجل الى مركز الرعايه الصحيه الاولييه المسجله بها .
- 7-يحدد عمر الطالب \ه والطول والوزن بالطريقه الصحيه.ويحسب العمر الى اقرب سنه مع ملاحظه الغاء الأشهر الأقل من سنه اشهر وتحويلها الى سنه اذا كانت سنه اشهر او اكثر.
- 8-يسجل العمر والطول والوزن في الجدول الخاص . ثم يبين الطول والوزن بالنسبه للعمر على منحنى الطول والوزن واستعمال القلم الرصاص والمسطره الشفافه عند الكتابه فوق المنحنى .وعند اجراء الفحص العام وفحص النظر تكتب النتائج بواسطه الطبيب\ه وبمعاونه الممرضه المدرسيه.
- 9-التحصينات قبل وبعد دخول المدرسه تكتب بواسطه الممرضه وتحت اشراف الطبيب.والتحصينات تعطى من قبل فريق هيئه الصحه المسؤول عن التطعيمات؛ ويتم تسجيلها في الملف الصحى للطالب .

## ملحوظه هامه :-

الرجاء من ولى الامر تعبئة البيانات والتوقيع على الصفحات من 1 ل 8 وطباعه الملف

وتسليمه لقسم التسجيل بالمدرسة.