

### البيانات الصحية للطلاب Students Health Records

Student's Name الطالبة / الطالب : \_\_\_\_\_

Date of birth/ تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_

Grade الصف / \_\_\_\_\_ الجنس/ Gender \_\_\_\_\_

Address / العنوان \_\_\_\_\_

- هل يعاني الطالب من أي حالة صحية يجب على المدرسة معرفتها والتعامل على أساسها؟
- Does the student suffer from any health condition that the school must know and deal with on its basis?
- ( ) No لا ( ) Yes نعم

- هل هناك موانع على اخذ الادوية المسموح بها في العيادة المدرسية، أو احتياطات أخرى يجب على عيادة المدرسة معرفتها فيما يتعلق بحالة الطالب الصحية؟ الرجاء ذكرها

- Are there any barriers to taking the medications allowed in the school clinic, or other precautions that the school clinic must know about in relation to the student's health condition?  
If so, please explain in detail.

**الادوية المسموح إعطائها من قبل دائرة الصحة في إمارة ابوظبي وتستعمل لحالات الطوارئ والإسعاف داخل العيادة المدرسية:**

**The medications that are allowed to be given by the HAAD and used for emergency and cases inside the school clinic:**

- EPINEPHRIN** ويستعمل في حالات التحسس الشديد ويجب توفيره من قبل ولي الامر وفق وصفة طبية.
- SALBUTAMO** يستعمل لعلاج أعراض الربو الشعبي وهو على شكل بخاخ.
- ORAL GLUGOSE** يستخدم في حالات انخفاض السكر في الدم عند مرضى السكري.
- PARA CETAMOL** يستخدم لتخفيف الآلام وخافض للحرارة.
- أي علاج آخر يحتاج اليه اطلب بموجب وصفة طبية يتم تقديمها من قبل ولي الامر مع الدواء لعيادة المدرسة.

#### **التفويض بالعلاج:**

- أوافق على ما ذكر في النموذج وأفوض العيادة المدرسية بإجراء كافة الإسعافات الأولية واخذ كافة البيانات الصحية لإبني / إبنتي والتي تهدف الى الحفاظ على سلامة الطالب / الطالبة خلال اليوم المدرسي. ( ) لا أوافق ( )
- I agree to what was stated in the form and authorize the school clinic to perform all first aid and take all health data for my son / daughter, which aims to maintain the safety of the student during the school day. Yes ( ) No ( )

**Authorization for treatment:**

	رقم التواصل Contact Number		المهنة profession		اسم الأب Father Name
	رقم التواصل Contact Number		المهنة profession		اسم الام Mother Name

Name of Parent \_\_\_\_\_: إسم ولي الامر:  
Student full name: \_\_\_\_\_: إسم الطالب الرباعي:  
Date / / : التاريخ:  
Signature \_\_\_\_\_: التوقيع

ملاحظة: كافة المعلومات سرية ولا يتم الاطلاع عليها الا من قبل المختصين ووفق الحالات الطارئة فقط  
Note: All information is confidential and can only be viewed by professionals, according to emergency cases

**Student Information**      **معلومات عن الطالب**

- يرجى الإجابة بنعم أو لا إذا كان لدى الطفل يعاني من أحد هذه المشاكل الصحية
- Please mark (yes) or (No) if your child has health problems.
- إذا كانت الاجابة بنعم الرجاء إعطاء التواريخ والتفاصيل في الخانات اللاحقة
- If yes, please give dates, explanation and attach reports in space below.

لا	نعم	المشكلة	لا	نعم	المشكلة
No	Yes	Problems	No	Yes	Problems
		أمراض اللثة والاسنان Gum & Teeth Diseases			اعاقة جسدية أو عقلية Physical or Mental problems
		التهابات أذن متكررة Recurrent Ear Infection			صعوبة في التعلم Learning Difficulty
		فقدان الوعي			مشاكل في النطق

		Loss of Consciousness			Speech Problem
		الصرع Epilepsy			مشاكل في البصر Visual Problem
		الربو الشعبي Bronchial Asthma			مشاكل في السمع Hearing Problem
		السل الرئوي Tuberculosis			شخير أثناء النوم Snoring During Sleep
		أمراض القلب Heart Disease			إعتلالات في العمود الفقري Deformities of Vertebral Column
		أمراض الكلى Kidney Disease			السمنة Obesity
		السكري Diabetes			عمليات جراحية Surgical Operations
		التهاب المفاصل Rheumatoid			قيود طبية على النشاط الحركي Medical restriction on physical activity
		قابلية للنزيف Bleeding Tendencies			انواع السرطان المختلفة leukemia
		أدوات مساعدة طبية Health Aid Equipment			أخرى Other

- الرجاء اخطار العيادة المدرسية في حال حدوث أي طارئ على الحالة الصحية للطالب وارسال كافة التقارير الطبية والادوية والمعدات اللازمة لعيادة المدرسية.
- يرجى ارفاق صورة عن كشف التطعيمات.
- **Please notify the school clinic in the event of any emergency on the student's health condition and send all the medical reports, medications and equipment necessary for the school clinic.**
- **Please attach a picture of the list of vaccinations.**

الامراض المعدية قبل دخول المدرسة  
**Infection Diseases before School Entry**

لا	نعم	المرض المعدى	لا	نعم	المرض المعدى
No	Yes	Infection Diseases	No	Yes	Infection Diseases
		Diphtheria الدفترية			Measles الحصبة
		Tuberculosis السل الرئوي			الحصبة الألمانية German Measles
		Scabies الجرب			Chickenpox الجدري
		Infection Hepatitis A إلتهاب الكبد أ			Mumps النكاف
		Infection Hepatitis B التهاب الكبد ب			شلل الاطفال Poliomyelitis
		Meningitis إلتهاب السحايا			السعال الديكي Whooping Cough
		Intestinal Parasites طفيليات معوية			Other أخرى

### عن العائلة

### About the family

	Father health problem مشاكل صحية عند الاب			Number of brothers عدد الاخوة
	Mother health problem مشاكل صحية عند الام			Numbers of sisters عدد الاخوات
	Siblings' health problem مشاكل صحية عند الاخوة			ترتيب الطالب بين اخوته student order among his/ her brothers

### Current Medical Condition

### الحالة الصحية الحالية

<b>Chronic Health Problem</b>	المشاكل الصحية المزمنة
<b>Regular Medication</b>	الادوية التي يتناولها الطالب بانتظام
<b>Medication for Emergency</b>	أدوية ينصح بها في حالات الطوارئ
<b>Precautions for sport or food</b>	احتياطات خاصة بالرياضة أو الطعام

### أمراض الحساسية

### Allergy

No/ لا	YES/ نعم	هل يعاني الطالب من أي حساسية
		<b>Any Allergy</b>
		<b>Medication</b> 1. الادوية
		<b>Food</b> 2. الطعام
		<b>Others</b> 3. أخرى

التقارير الصحية المرفقة

Attached Medical Report

Date	تاريخ التقرير	Issued by	صادر من	Report	التقرير
					1
					2
					3
					4

أتعهد أنا ولي أمر الطالب / الطالبة: \_\_\_\_\_ الملتحق / ة للعام الدراسي / بمدرسة الوحدة الدولية الخاصة بأن كافة المعلومات المسجلة عن حالة الطالب الصحية صحيحة ، وان البيانات خالية من الاخطاء.

I am the parent of the student: \_\_\_\_\_ enrolled in the academic year / at Al Wahda International Private School. that all information recorded about the student's health status is correct and free of errors

الاسم: \_\_\_\_\_ Name/

التوقيع: \_\_\_\_\_ Signature