

**استمارة الموافقة الطبية**

**مدرسة أجيال الدولية**

**يرجى ملاحظة أن الشروط التالية صالحة للمدة الزمنية التي يقضيها الطالب في مدرسة أجيال، إلا إذا قام ولي الأمر بإبلاغ المدرسة بخلاف ذلك كتابياً.**

بصفتي الوالد / الوصي على \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_الصف / االشعبة \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

أوافق على ما يلي:

**1. الموافقة في حالة الطوارئ.**

إذا احتاج الطالب إلى علاج طارئ عاجل (كسر في العظام ، أو ارتجاج في المخ) ، سيتم الاتصال بك وسيُطلب منك اصطحاب طفلك من المدرسة ونقله إلى المستشفى. في حالة الطوارئ الخطيرة (صعوبة التنفس / فقدان الوعي) ، سيتم استدعاء سيارة إسعاف على الفور. سيتم الاتصال بك وإبلاغك بالذهاب الى المستشفى. يرجى ملاحظة أن أقرب مستشفى هو مستشفى بارين الدولي - مدينة محمد بن زايد.

**أوافق** على تلقي طفلي الرعاية الطبية الطارئة على النحو الذي حددته المدرسة أعلاه. أوافق على تحمل أي تكلفة تتعلق بالخدمات الطبية المستخدمة.

**لا أوافق** على تلقي طفلي الرعاية الطبية الطارئة على النحو الذي حددته المدرسة أعلاه. أوافق على تحمل أي تكلفة تتعلق بالخدمات الطبية المستخدمة.

**2. تقديم مُسكن للألم (على سبيل المثال: أدول) والإسعافات الأولية**

• إذا شعر الطفل بعدم الراحة من أعراض آلام الأسنان أو العضلات أو البرد الخفيف أو الحمى ، يمكن للممرضة بعد التقييم إعطاءه الجرعة المناسبة لعمره من مسكن الألم.

• في حالة الإصابة الطفيفة على سبيل المثال بخدش الجلد والكدمات وما إلى ذلك. قد تقدم الممرضة علاجات الإسعافات الأولية بما في ذلك التطبيقات الموضعية لمنتجات المطهرات / مضادات التحسس.

**أوافق** على إعطاء طفلي مسكن للألم (على سبيل المثال : أدول) والإسعافات الأولية إذا لزم الأمر.

**لا أوافق** على إعطاء طفلي مسكن للألم (على سبيل المثال : أدول) والإسعافات الأولية إذا لزم الأمر

**3. الموافقة على الفحص الصحي الروتينيي**

تنص هيئة الصحة في أبو ظبي (HAAD ) على أنه يجب فحص جميع الأطفال سنويًا بحثًا عن أي مشاكل صحية.

يتضمن ذلك اختبارًا بسيطًا للرؤية وتقييم الطول والوزن. ستقوم ممرضة المدرسة بالاتصال بأولياء أمور الأطفال الذين لديهم مشاكل محتملة. يتم تسجيل جميع النتائج في السجلات الصحية لطفلك و تخزينها بشكل سري.

**أوافق** على أن يتم فحص طفلي من قبل طبيب / ممرضة في مركز برجيل الحياة الطبي.

**لا أوافق** على أن يتم فحص طفلي من قبل طبيب / ممرضة في مركز برجيل الحياة الطبي.

**4. الموافقة على الكشف عن المعلومات**

إذا كان الطالب يعاني من مرض مزمن أو حساسية ، سيُسمح لعيادة المدرسة بمشاركة المعلومات الصحية مع موظفي المدرسة المعنيين (مدرس الفصل ، المشرف) لتقديم المساعدة والإرشاد الطبي المناسبين لطفلك خلال ساعات الدراسة.

اسم ولي الأمر:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

التوقيع:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_التاريخ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_