



## Consent Form For Conducting The Comprehensive School Screening For Grades 1,5 And Grade 9 During The Academic Year 2023-2024

Ambulatory Healthcare Services, a SEHA Healthcare Facility, a subsidiary of PureHealth, aims to assess the student's health status by conducting a Comprehensive School Screening program for the early detection of certain health problems.

The screening program, conducted by the healthcare team, consists of:

- Physical examination including assessment of spine for scoliosis (curvature of the spine).
- Body mass index measurement.
- Checking vital signs including blood pressure.
- Vision and hearing screening.
- Dental examination with the application of fissure sealant.
- A complete blood count test (CBC) for grade 1 (male and female students) and grade nine (female students only). The purpose of this test is to detect anaemia.
- Depression screening (PHQ9) for students in grade 9.

For more information about the Comprehensive School Screening for Students scan the QR code



The healthcare team consists of physicians, dentists, qualified nurses, dental assistants and laboratory technicians. The comprehensive preventive screening of the student will be conducted either in AHS clinics, mobile clinics, or the school clinic. Following the medical examination, any child with abnormal test result will receive an official report card addressed to his/her parent/ guardian and an appointment will be set for the child with one of the specialist physicians in one of the AHS clinics.

The data collected will be used by Department of Education and Knowledge and Abu Dhabi Public Healthcare Center (ADPHC) to establish the disease pattern in our society and to assist in the planning and development of the health services. Note that all data will be dealt with confidentially (meaning all personal information will be kept private).

I, ( ), the undersigned guardian of the student ( ), have received sufficient information about the Comprehensive School Screening and the purpose of conducting this screening for my child, and therefore I:

☐ Agree for Ambulatory Healthcare Services (AHS) screening team to conduct the tests that have been mentioned. I further agree to be contacted in the future if needed, in order to provide follow-up, the medical diagnosis and treatment of my child and that the Comprehensive School Screening report shall be sent with my child.  
**Note: cost of The Comprehensive School Screening is 200 Dhs for non-THIQA insurance card holders.**

☐ Disagree, please mention the reason \_\_\_\_\_

### Required Documents

- ☐ Copy of Emirates ID (front and back)
- ☐ A recent photograph of the student

School Name \_\_\_\_\_ Grade/Section \_\_\_\_\_  
Family Medicine Physician: \_\_\_\_\_  
Preferred Clinic for Follow Up: \_\_\_\_\_  
Guardian's Signature \_\_\_\_\_  
Contact Number \_\_\_\_\_ : Date: \_\_\_\_\_

## نموذج الموافقة على إجراء الفحص المدرسي الشامل لطلاب الصف (5، 1، 9) للعام 2023-2024

تهدف الخدمات العلاجية الخارجية، إحدى منشآت شركة أبوظبي للخدمات الصحية "صحة" التابعة لمجموعة "بيورهيلث"، إلى تقييم الحالة الصحية للطلاب من خلال إجراء برنامج الفحص المدرسي الشامل للكشف المبكر عن بعض المشاكل الصحية.

يتكون برنامج الفحص، الذي يجريه فريق الرعاية الصحية، من الآتي:

- الفحص البدني بما في ذلك تقييم العمود الفقري من أجل الكشف عن أي انحراف جانبي للعمود الفقري (انحناء العمود الفقري).
- قياس مؤشر كتلة الجسم.
- تقييم المؤشرات الحيوية بما فيها قياس ضغط الدم.
- الفحص البصري والسمعي.
- فحص الأسنان مع وضع مادة لسد الشقوق البسيطة في الأسنان.
- اختبار تعداد الدم الكامل (CBC) للصف الأول (للطلاب من الذكور والإناث) والصف التاسع (طالبات فقط). الغرض من هذا الاختبار هو الكشف عن فقر الدم.
- الفحص الاستكشافي للاكتئاب (PHQ9) لطلاب الصف التاسع.

لمزيد من المعلومات عن الفحص المدرسي الشامل لطلاب المدارس امسح الرمز

يتألف الفريق الطبي الذي يقوم بإجراء الفحص من طبيب عام، طبيب أسنان، ممرض مؤهل، مساعد طبيب أسنان وفني مختبر، علماً بأن الفحص الوقائي للطلاب سيتم إما في المراكز الصحية التابعة للخدمات العلاجية الخارجية أو العيادات المتنقلة أو في عيادة المدرسة. وفي حال كانت نتائج الفحوصات غير طبيعية، ستستلم رسالة شخصية بذلك وسيتم تحديد موعد لطفلك مع أحد الأطباء المختصين في أحد المراكز التابعة للخدمات العلاجية الخارجية.

إن كافة البيانات المتعلقة بنتائج الفحوصات الوقائية سيتم استخدامها من قبل دائرة التعليم والمعرفة ومركز أبوظبي للصحة العامة لدراسة نمط الأمراض في مجتمعنا، بهدف المساعدة في التخطيط وتطوير الخدمات الصحية. علماً بأن جميع هذه البيانات سيتم التعامل معها بسرية تامة (أي أنه سيتم المحافظة على خصوصية المعلومات الشخصية).

أقر أنا الموقع أدناه ( ) ولي أمر الطالب ( ) بأنه قد تم إعطائي شرح واف عن الفحوصات الطبية وعن الغاية من إجراء الفحص الطبي المدرسي الشامل لإبني/إبنتي. وبالتالي:

☐ أوافق على القيام بإجراء الفحوصات التي تم ذكرها في أعلى الإقرار وعلى أن يتم الاتصال بي في المستقبل من أجل المتابعة الطبية إن لزم الأمر. وعلى أن يتم إرسال تقرير الفحص المدرسي الشامل مع إبني/إبنتي.  
**ملاحظة: قيمة الفحص المدرسي الشامل ٢٠٠ درهم غير حاملي بطاقة تأمين ثقة.**

☐ لا أوافق، يرجى ذكر السبب \_\_\_\_\_

### المستندات المطلوبة

أقر بأنني قمت بإرفاق المستندات المطلوبة التالية:

- ☐ صورة من بطاقة هوية الإمارات (الأمام والخلف) الخاصة بالطالب
- ☐ صورة حديثة للطالب

المدرسة: \_\_\_\_\_ الصف: \_\_\_\_\_  
اسم طبيب العائلة: \_\_\_\_\_  
العيادة المفضلة للمتابعة: \_\_\_\_\_  
توقيع ولي الأمر: \_\_\_\_\_  
رقم هاتف ولي الأمر: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_