

نموذج الموافقة على إعطاء تطعيم الحصبة، الحصبة الألمانية والنكاف / الصحة المدرسية
School Health / MMR Immunization Consent form

Student's Name:..... اسم الطالب/ة:.....
 School:.....Grade:.....Section:..... المدرسة:..... الصف:..... الشعبة:.....
 DOB:..... Sex: Male Female تاريخ الميلاد:..... الجنس: ذكر أنثى
 Nationality:..... الجنسية:.....

The School Health Services / Ambulatory Healthcare Services-SEHA will provide MMR vaccine for students who didn't receive the required doses since childhood as per HAAD recommendations on immunization as follows:
 سوف تقوم ادارة الصحة المدرسية/ الخدمات العلاجية الخارجية - صحة بإعطاء تطعيم الحصبة، الحصبة الألمانية والنكاف للطلبة الذين لم يتلقوا الجرعات الكاملة لسن الطفولة وذلك حسب التوصيات المعمول بها من قبل هيئة الصحة في أبو ظبي كالآتي:

Number of Doses <input type="checkbox"/> Two doses for children who didn't receive the vaccine at all (at 12 months + Grade one). <input type="checkbox"/> One dose for children who received one dose. Administration route Subcutaneous injection Grade Non vaccinated students from Grades 2 – 12	عدد الجرعات <input type="checkbox"/> جرعتان للأطفال الذين لم يأخذوا التطعيم أبداً (في عمر 12 شهرا و في الصف الأول). <input type="checkbox"/> جرعة واحدة للأطفال الذين أخذوا جرعة واحدة فقط من التطعيم. طريقة إعطاء اللقاح حقنة تحت الجلد الصف الطلبة غير المطعمين سابقاً من الصف الثاني الابتدائي – الثاني عشر
---	---

<input type="checkbox"/> I agree with my child being vaccinated.	<input type="checkbox"/> أوافق على إعطاء ابني/ابنتي هذا التطعيم.
I also authorize the AHS/SHS vaccination nurse to administer epinephrine in case of anaphylactic reaction after vaccination as recommended by HAAD	كما انني أسمح لممرض / ممرضة التطعيم (الصحة المدرسية / الخدمات العلاجية الخارجية) بإعطاء إبني / ابنتي الابينيفرين في حالة الحساسية المفرطة الناتجة عن التطعيم كما هو موصى به من قبل هيئة الصحة / أبو ظبي

<input type="checkbox"/> I disagree with my child being vaccinated because: <input type="checkbox"/> My child has been vaccinated before with the above marked booster dose; (please send a document Proving that). <input type="checkbox"/> My child has a medical condition which prevents him / her from taking the vaccination now (please send a letter written by you or doctor explaining the medical condition to the school nurse) <input type="checkbox"/> Others (Specify)	<input type="checkbox"/> لا اوافق على اعطاء ابني / ابنتي التطعيم لأن: <input type="checkbox"/> إبني / ابنتي قد تم تطعيمه سابقاً بالجرعة المنشطة المشار إليها أعلاه (يرجى إرسال ما يثبت ذلك إلى عيادة المدرسة) <input type="checkbox"/> لوجود موانع طبية للتطعيم (يرجى إرسال إقرار من قبلكم او من قبل الطبيب المعالج إلى ممرض / ممرضة الصحة المدرسية) <input type="checkbox"/> أخرى حدد
--	---

I understand that the medical record is a confidential document. Reporting of medical information to other entities is subject to HAAD data management and standards requirements policy.	إن الملف الصحي وثيقة سرية. يخضع الإبلاغ عن المعلومات الطبية إلى الجهات الأخرى لسياسة ادارة البيانات ومتطلبات الهيئة الصحية لامارة أبو ظبي.
---	--

Parent's / Guardian's Name: Relation: Signature: Date: Tel. #:	اسم ولي الأمر/ الوصي الشرعي:..... صلة القرابة:..... التوقيع:..... التاريخ:..... رقم الهاتف:.....
--	--

* If any further queries, please contact the school nurse. في حال وجود أي استفسار الرجاء الإتصال بممرض/ة المدرسة.

Nurse's Name:.....ID:.....

نموذج الموافقة على إعطاء تطعيم الحصبة، الحصبة الألمانية والنكاف/ الصحة المدرسية
School Health / MMR Immunization Consent form