



# ASIAN INTERNATIONAL PRIVATE SCHOOL

P.O.BOX:12000, AL DHANNAH CITY , ABU DHABI - U A E

Tel : +971 2 877 8789 E-mail : asian.ruwais@asianintlschool.com

## Non Prescribed Medication Administration Consent Form

Dear Parent,

The school nurse will not give any medication to the student unless this form is completed and signed.

I authorize that my son / daughter:

Name:	
Date of Birth:	
School:	
Class & Section:	
Contact Phone No.:	

Be given the appropriate non prescribed medication in the following cases:

- ❖ Administration of Paracetamol to control mild pain and fever.
- ❖ Administration of epinephrine in anaphylactic shock.
- ❖ Application of pain killer cream.
- ❖ Application of Antihistamine cream.

Any precautions that the school nurse needs to know.

---

---

Any contraindications to use the above mentioned medication that the school nurse needs to know.

---

---

Any side effects noticed on your child when taking any of the medications mentioned above.

☐ Yes ☐ No

Check the appropriate boxes below:

- ☐ **I AUTHORIZE** designated school nurse to administer the above mentioned medication to my son / daughter when necessary.
- ☐ **I DON'T AUTHORIZE** designated school nurse to administer the above medication mentioned to my son / daughter when necessary.

I agree to hold the school nurse and school health harmless from any and all liability for the results of taking the medication or the manner in which the medication is given to my son / daughter.

Parent / Guardian: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Student's Name: .....

School: ..... Grade: ..... Section: .....

DOB: .....

Nationality: .....

Student's No: .....

Emirates ID No: .....

I, the undersigned, agree that health services shall be offered in the school's clinic for my son/ daughter by the school nurse.

I also agree that these health services will remain provided to my son/daughter and effective until I either refuse these health services or he/ she is transferred from the private and charter school.

My consent involves a general approval of curative and /or preventive services that may include first aid, screening for height, weight, vision acuity, colour blindness (for Grade 5 students only), vaccination, and referral to primary health care centres 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 (topical) for mild Allergy
3. Epinephrine in a severe allergic reaction
4. Ventolin Inhaler (Salbutamol) to control asthma symptoms.
5. Oxygen therapy in case of low oxygen concentration in the blood

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 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.

I also understand that the medical record is a confidential document. Reporting of medical information to other entities is subject to DOH data management and standards requirements policy.

The following school personnel will be notified about my child's medical condition

- ☐ School Personnel that have contact with my child  
☐ School administration only

Name of student's Parent / guardian: .....

Signature of student's Parent / guardian...

Relation to the student: .....

Tel #: .....

Date: .....

☐ I agree that health services will be offered for my son/ daughter in the school

☐ I don't agree that health services will be offered for my son/ daughter in the school

ID/الرقم الوظيفي: .....

اسم الطالب: .....

المدرسة: ..... الصف: ..... الشعبة: .....

تاريخ الميلاد: .....

الجنسية: .....

رقم الطالب المدرسي: .....

رقم الهوية الإماراتية: .....

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

أن موافقتي على هذه الخدمات الصحية تبقى سارية المفعول لحين أقوم أنا برفض تقديم هذه الخدمات لابني/ ابنتي أو لحين انتقاله / انتقالها من المدارس الخاصة والشراكات التعليمية.

أن موافقتي على هذه الخدمات الصحية هي موافقة عامة على أي إجراءات وقائية وعلاجية، وتشمل على سبيل المثال، الاسعافات الأولية، قياس الوزن والطول، فحص حدة الإبصار، فحص عى الألوان (لطلاب الصف الخامس فقط)، التطعيمات، والتحويل إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية و قسم الطوارئ، وإعطاء الأدوية التالية عند الضرورة:

1. بنادول (باراسيتامول) لتقليل الألم الخفيف والمتوسط وتخفيض الحرارة.
2. كريم موضعي لعلاج الحساسية البسيطة.
3. إبينيفرين في حالة الحساسية الحادة.
4. فنتولين بخاخ (سالبيوتامول) لعلاج أعراض أزمة الربو.
5. الأكسجين في حالة انخفاض نسبة الأكسجين في الدم

الرجاء ذكر أي موانع لاستخدام الأدوية أو أي إحتياطات طبية على الممرض / الممرضة أن يعرفها: .....

.....

(في حال عدم موافقتكم، يرجى العلم بأنه لن نستطيع تقديم هذه الخدمات عند حاجة ابنكم/ابنتكم لها إلا في الحالات الطارئة التي تتطلب تدخلنا السريع.)

إذا أصيب ابني/ ابنتي بأي حالة طارئة تستدعي النقل إلى العيادة أو الطوارئ، ولم أكن متواجداً أو من ينوب عني، فاني أعطي الصلاحية لإدارة المدرسة لنقله/ نقلها حسب الحاجة.

إن الملف الصحي وثيقة سرية . يخضع الإبلاغ عن المعلومات الطبية إلى الجهات الأخرى لسياسة إدارة البيانات ومتطلبات دائرة الصحة لإمارة أبوظبي.

سيتم اعلام أفراد الكادر المدرسي التالي ذكرهم عن حالة ابني/ ابنتي الصحية:

- ☐ أفراد الكادر المدرسي المخالط لابني/ ابنتي  
☐ أفراد الإدارة المدرسية فقط

اسم ولي الأمر: .....

توقيع ولي الأمر: .....

صلة القرابة: .....

رقم الهاتف: .....

التاريخ: .....

☐ أوافق على تقديم الخدمات الصحية لابني/ ابنتي في المدرسة

☐ لا أوافق على تقديم الخدمات الصحية لابني/ ابنتي في المدرسة

اسم الممرض/ Nurse's Name: .....