

- Electronic copy is controlled under document control procedure. Hard copy is uncontrolled & under responsibility of beholder.
- It is allowed ONLY to access and keep this document with who issued, who is responsible and to whom it is applicable.
- Information Security Classification: ☐ Open ☒ Shared - Confidential ☐ Shared-Sensitive ☐ Shared-Secret

Public Health Protection Department- School Health Section

Pre Vaccination Checklist

إدارة حماية الصحة العامة - قسم الصحة المدرسية

استبيان ما قبل إعطاء اللقاحات المدرسية

Section A: This section should be filled by School Doctor/Nurse

Student's Full Name: -----
Gender: ----- Emirates ID: -----
DOB: ----- Grade/Year: -----
School Name: -----

قسم أ: يجب أن يملأ هذا القسم من قبل طبيب/ممرض المدرسة

الاسم (الكامل) للطالب/الطالبة: -----
الجنس: ----- رقم الهوية: -----
تاريخ الميلاد: ----- الصف/المرحلة الدراسية: -----
اسم المدرسة: -----

Section B: This part to be filled & signed by parents or guardians only

قسم ب: يجب أن يملأ الجدول أدناه من قبل ولي الأمر أو الوصي الشرعي فقط

- To ensure safe vaccination, the school clinic requires information about the student's health status. Please review and complete the following checklist and return it to the school prior to administering the vaccination
- Please inform the school clinic of any change in the student's health status during the academic year, as it might affect the vaccine dose.

- للتأكد من إعطاء اللقاح بصورة آمنة، تقوم العيادة المدرسية بطلب معلومات عن حالة الطالب الصحية، لذا يرجى تعبئة هذا النموذج وإعادته للمدرسة قبل إعطاء اللقاح (الرجاء الإجابة على جميع الأسئلة).
- يرجى إبلاغ العيادة المدرسية عن أي تغيير في صحة الطالب/الطالبة خلال العام الدراسي الحالي مما قد يؤثر على إعطاء اللقاح وجرعته.

Category	لا NO	نعم YES	البيد
1 Has the student had a serious reaction to a vaccine in the past? If yes, specify-----			1 هل تعرض الطالب/الطالبة سابقاً لأي مضاعفات بعد أخذ أي لقاحات؟ إذا كانت الإجابة نعم، حدد المضاعفات-----
2 Does the student have any allergies to medication or food (e.g. Eggs, yeast, etc.) or others? If yes, specify-----			2 هل لدى الطالب/الطالبة حساسية من الأدوية أو الطعام (مثل: البيض/الخميرة) أو أي شيء آخر غيرها؟ إذا كانت الإجابة نعم، حدد-----
3 Has the student had a seizure in the past?			3 هل تعرض الطالب/الطالبة لنوبة شنج سابقاً؟
4 Does the student suffer from any health conditions that weaken the immune system like cancer, organ transplant, etc.? If yes, specify -----			4 هل يعاني الطالب/الطالبة من أي حالة قد تضعف الجهاز المناعي مثل السرطان أو زراعة الأعضاء، إلخ؟ إذا كانت الإجابة نعم، حدد-----
5 Does any household member/relative living in the same house have cancer, leukemia, organ transplant or any other immune system problem?			5 هل يعاني أحد من أفراد العائلة أو الأقارب المقيمين مع الطالب/الطالبة في المنزل من الأمراض أو الحالات المسببة لنقص المناعة مثل السرطان، العلاج بالكورتيكوزون، العلاج الكيميائي، زراعة الأعضاء، إلخ؟
6 Has the student taken cortisone, prednisone, other steroids, or anti-cancer drugs such as chemotherapy or radiotherapy in the past 3 months? If yes, specify the date -----			6 هل تناول الطالب/الطالبة أي دواء يحتوي على الكورتيكوزون أو أدوية السرطان أو العلاج الكيميائي أو الإشعاعي خلال الثلاث شهور السابقة؟ إذا كانت الإجابة نعم، حدد التاريخ-----
7 Did the student receive any blood transfusion, antibodies, or plasma within the past year? If yes, specify the date -----			7 هل تعرض الطالب/الطالبة لنقل دم أو أجسام مضادة أو بلازما خلال العام السابق؟ إذا كانت الإجابة نعم، حدد التاريخ-----
8 Does the student receive any medication that affects blood coagulation? If yes, specify-----			8 هل يعاني الطالب/الطالبة حالياً من أي أمراض أو يتناول أية أدوية لمنع تجلط الدم؟ إذا كانت الإجابة نعم، حدد-----
9 Does the student currently suffer from any illness/infection disease? If yes, specify-----			9 هل يعاني الطالب/الطالبة حالياً من أي أمراض / أمراض معدية؟ إذا كانت الإجابة نعم، حدد-----
10 last vaccine given to my son/daughter Specify name of the vaccine taken :----- and date of administration:-----			10 آخر لقاح تم إعطائه لإبني/ابنتي حدد اسم اللقاح:----- وتاريخ إعطاء اللقاح

Parent's/Guardian's Name	اسم ولي الأمر/الوصي الشرعي
Relation	صلة القرابة
Parent's/Guardian's signature	توقيع ولي الأمر/الوصي الشرعي
Tel:-----	رقم الهاتف:-----
Date:-----	التاريخ:-----

ID	Issue#	Issue Date	Effective Date	Revision Date	Page#
CP 6.2.13 F09	02	29-Nov-23	29-Nov-23	29-Nov-26	1/2

- Electronic copy is controlled under document control procedure. Hard copy is uncontrolled & under responsibility of beholder.
- It is allowed ONLY to access and keep this document with who issued, who is responsible and to whom it is applicable.
- Information Security Classification: ☐ Open ☒ Shared -Confidential ☐ Shared-Sensitive ☐ Shared-Secret

Public Health Protection Department- School Health Section
Pre Vaccination Checklist

إدارة حماية الصحة العامة - قسم الصحة المدرسية
استبيان ما قبل إعطاء اللقاحات المدرسية

ملاحظة: يعبأ هذا النموذج من قبل ولي الأمر أو الوصي الشرعي حصراً، ولا يسمح للطالب/الطالبة بتعبئته أو التوقيع عليه، وفي حال وجود استفسار الرجاء الاتصال بممرض أو طبيب المدرسة.

Please note: Only the parent or the legal guardian must fill this form. If there are any further queries, please contact the school doctor or nurse

Important Notes:	ملاحظات هامة:
<ul style="list-style-type: none"> • Please submit the original vaccine card. • Please submit a copy of any medical report related to the student's health, which might affect giving your child the vaccine. • Please inform the school doctor/nurse if the student received any vaccination outside the school (during the academic year). • Please inform the school doctor/nurse of any changes in the student's health condition during the school year and attach the medical report, if any. 	<ul style="list-style-type: none"> • يرجى تسليم بطاقة اللقاحات الأصلية. • يرجى تسليم صورة عن أي تقارير طبية تتعلق بالطالب/الطالبة ويمكن أن تتعارض مع اللقاحات المقرر أخذها. • يرجى إبلاغ طبيب/ممرض المدرسة في حال إعطاء الطالب/الطالبة أي لقاح خارج المدرسة (أثناء السنة الدراسية). • يرجى إبلاغ طبيب/ممرض المدرسة بأي تغييرات على حالة الطالب/الطالبة الصحية خلال السنة الدراسية وإرفاق التقرير الطبي إن وجد.

ID	Issue#	Issue Date	Effective Date	Revision Date	Page#
CP_6.2.13_F09	02	29-Nov-23	29-Nov-23	29-Nov-26	2/2