



## School Clinic Immunization Policy-School clinic

*Dr. Zaineb Keli / Medical Director / School Doctor*

Revision	Date	Comment
Original	20 <sup>th</sup> September 2020	First Edition
Revision	07 <sup>th</sup> January 2021	General Revision
Revision	05 <sup>th</sup> October 2021	General Revision
Revision	14 <sup>th</sup> September 2022	General Revision

### Content:

- 1. Vaccination requirements** Fehler! Textmarke nicht definiert.
- 2. Carrying out vaccinations** Fehler! Textmarke nicht definiert.
- 3. Handling of vaccines** Fehler! Textmarke nicht definiert.

### 1. Vaccination requirements

School vaccination requirements are widely thought to serve important public health purposes.

Incidents of communicable disease (for which there are vaccines) among children have significantly declined since the introduction and regular enforcement of the national immunization program including the standard school immunization schedule.

### 2. Carrying out vaccinations

- 2.1. Parents will be notified from the school nurse or school doctor, if the school child is due for vaccination.
- 2.2. School immunization consent form should be provided, if the student is part of the school's yearly vaccination program. Consent should be given 3 weeks before immunization, not earlier.
- 2.3. Immunization must be conducted in the presence of the school health doctor
- 2.4. On the day of immunization, the student should bring the vaccination booklet.
- 2.5. On the day of immunization, the student should be free of any acute diseases for 1 week.
- 2.6. Parents have to inform the school nurse, if their child has any signs of illness, 5 days before the immunization.
- 2.7. Temperature and health check will be done, before given vaccines to the student.
- 2.8. In case of any signs of illness or non-written consent from parents, the student will be not vaccinated.
- 2.9. Student should be prepared for vaccination with consideration for their age and stage of development.
- 2.10. Parents/guardians and patients should be encouraged to take an active role before and after the administration of vaccines.



- 2.11. All students should be screened for contraindications and precautions for each scheduled vaccine.
- 2.12. Student will be observed after immunization in the school clinic for a potential reaction. Vaccine reactions are events caused or precipitated by the vaccine when given correctly caused by the inherent properties of the vaccine. Vaccine reactions may be classified into common, minor reactions or rare, more serious reactions.
- 2.13. In any cases of adverse reaction, the school doctor will be available. Parents will be informed.
- 2.14. Notification of immunization will be sent to the parents with the student.
- 2.15. In case the student shows signs of adverse reaction at home, parents have to clarify the signs with their doctor.
- 2.16. In case of a serious reaction at home, parents have to call the ambulance immediately.

### **3. Handling of vaccines**

Handling vaccination is responsible for their potency, at each step in transport, storage and administration of vaccines. Vaccines are delicate biological substances that can become less effective or destroyed if they are frozen, exposed to heat or direct sunlight or fluorescent light.

- 3.1. Receive requirements one day before or same day of the program from central service complex CSC and maintain cold chain (2°C -8°C) from 07.30- 13.30
- 3.2. Cold boxes are used to collect and transport vaccines from DHA Department and School clinic.
- 3.3. A vaccine box in the main compartment should be used for keeping returned vaccines that has been taken to an immunization session in a vaccine carrier. The vaccines should be stacked carefully so that air can circulate between the boxes.
- 3.4. Ice packs and ice cubes should be kept in the freezer.
- 3.5. Each vaccine vial should be carefully inspected for damage or contamination prior to use.
- 3.6. The expiration date printed on the vial or box should be checked. Vaccine can be used through the last day of the month indicated by the expiration date unless otherwise stated on the package labeling. Expired vaccine should never be used.
- 3.7. Equipment disposal: All used syringe/needle devices should be placed in puncture proof containers to prevent accidental needle sticks and reuse. Empty or expired vaccine vials are considered medical waste and should be disposed of according to UAE regulations.
- 3.8. At the end of vaccine administration program return excess quantities of vaccines and consumables to CSC.
- 3.9. Vaccination form shall be filled and sent to school health unit in Health Regulation Department within 3 working days.



Public Health Protection Department- School Health Section  
Pre Vaccination Checklist

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

Student's Full Name: ..... الاسم (الكامل) للطالب/الطالبة: .....  
School: ..... DOB: ..... تاريخ الميلاد: .....

- To ensure safe vaccination, the school clinic requires information about your son/daughter's health status. Please review and complete the following checklist and return it to the school prior to administering the vaccination (Please answer all the questions).  
للتأكد من إعطاء اللقاح بصورة آمنة تقوم العيادة المدرسية بطلب معلومات عن حالة ابنكم/ابنتكم الصحية، لذا يرجى تعبئة هذا النموذج وإعادته للمدرسة قبل إعطاء اللقاح (الرجاء الإجابة على جميع الأسئلة).
- 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.  
يرجى إبلاغ عيادة المدرسة عن أي تغيير في صحة الطالب/الطالبة خلال العام الدراسي الحالي مما قد يؤثر على إعطاء اللقاح وجرعاته.

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

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

ملاحظة: يجب على هذا النموذج من قبل ولي الأمر أو الوصي الشرعي، حصراً، ولا يسمح للطالب/الطالبة بتعبئته أو التوقيع عليه، في 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

ID	Issue#	Issue Date	Effective Date	Revision Date	Page#
CP_6.2.13_F03	01	Jan 01, 2019	Mar 01, 2019	Jan 01, 2021	1/2



Public Health Protection Department- School Health Section  
School Vaccination Consent Form

إدارة حماية الصحة العامة - قسم الصحة المدرسية  
استمارة الموافقة على إعطاء اللقاحات المدرسية

Student's Full Name: .....

الاسم (الكامل) للطالب/ الطالبة: .....

School: ..... DOB: .....

المدرسة: ..... تاريخ الميلاد: .....

These vaccines are considered booster doses for the pre-school vaccination national programme as recommended by the DHA

تعدّ هذه اللقاحات جرعات منشطة مكتملة للبرنامج الوطني للتحصين حسب التوصيات المعمول بها من قبل هيئة الصحة بدبي.

Vaccination Date: .....

تاريخ التلقيح: .....

The below table to be filled by School Doctor/Nurse

يعبأ الجدول أدناه من قبل طبيب/ ممرض المدرسة

متأخر Overdue	مستحق Due	طريقة إعطاء اللقاح Administration route	اللقاح Vaccine	الصف Grade
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حقنة تحت الجلد Subcutaneous Injection	لقاح الحصبة، الحصبة الألمانية، الكاف MMR (Measles, Mumps, Rubella)	الصف الأول Grade 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حقنة بالعضل Intramuscular Injection	اللقاح الرباعي (الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي اللاخوي) وشلل الأطفال (العضلي) DTaP-IPV Vaccine (Diphtheria, Tetanus, acellular Pertussis and Inactivated Polio Vaccine) OR اللقاح الثلاثي (الكزاز والدفتيريا والسعال الديكي اللاخوي) Tdap vaccine (Tetanus, diphtheria, acellular pertussis)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	تقطيعين بالفم Two Oral Drops	لقاح شلل الأطفال الفموي OPV Vaccine (Oral Polio Vaccine)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حقنة تحت الجلد Subcutaneous Injection	لقاح الجدري المائي Varicella Vaccine	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حقنة بالعضل Intramuscular Injection	اللقاح الثلاثي (الكزاز والدفتيريا والسعال الديكي اللاخوي) Tdap Vaccine (Tetanus, diphtheria, acellular pertussis)	من الصف الحادي عشر إلى الصف الثاني عشر Form G 11 to G 12
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حقنة بالعضل Intramuscular Injection	لقاح الحمى الشوكية Meningococcal Vaccine	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حقنة بالعضل Intramuscular Injection	لقاح الوقاية من سرطان عنق الرحم جرعة 1 HPV Vaccine 1 <sup>st</sup> dose	الصف الثامن (بنات) Grade 8 (Females)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	حقنة بالعضل Intramuscular Injection	لقاح الوقاية من سرطان عنق الرحم جرعة 2 HPV Vaccine 2 <sup>nd</sup> dose	

إذا كان عمر الفتاة أقل من 15 عاماً ستحتاج لجرعتين من لقاح الوقاية من سرطان عنق الرحم، أما إذا كانت الفتاة 15 عاماً وما فوق ستحتاج لثلاثة جرعات من اللقاح  
Female students under 15 years old, require 2 doses of the HPV Vaccine, female students above 15 years old, require 3 doses of the HPV Vaccine.

\*Only the parent or guardian fills the form

\* يعبأ الجدول أدناه من قبل ولي الأمر أو الوصي الشرعي فقط

<input type="checkbox"/> I agree to give my son/ daughter the vaccines mentioned above	<input type="checkbox"/> أوافق على إعطاء ابني/ ابنتي اللقاحات المشار إليها أعلاه
<input type="checkbox"/> I disagree with my child being vaccinated because: Reason (Specify).....	<input type="checkbox"/> لا أوافق على إعطاء ابني/ ابنتي هذه اللقاحات: اذكر السبب: .....
Parent's / Guardian's Name :	اسم ولي الأمر/ الوصي الشرعي:
Relation :	صلة القرابة:
Signature Parent's / Guardian's:	توقيع ولي الأمر/ الوصي الشرعي:
Tel: Date :	رقم الهاتف: التاريخ:

If there are any queries, please contact school doctor or nurse

في حال وجود استفسار الرجاء الاتصال بطبيب أو ممرض المدرسة

ID	Issue#	Issue Date	Effective Date	Revision Date	Page#
CP_6.2.13_F02	01	Jan 01, 2019	Mar 01, 2019	Jan 01, 2021	1/1