

# Need to Inform Form Nécessité d'informer

## وثيقة ضرورة الكشف عن المعلومات

*By signing this form, the student commits himself/herself to share, only if necessary, any information needed by AUI doctors and/or counselors. /  
En signant ce formulaire, l'étudiant(e) s'engage à partager, seulement si nécessaire, toute information requise par les médecins ou conseillers de l'Université Al Akhawayn.  
يتعهد الطالب بتوقيعه على هذه الوثيقة بإطلاع الأطباء والمستشارين النفسيين التابعين للجامعة بالمعلومات اللازمة، إذا اقتضت الحاجة.*

### ENG

One of Al Akhawayn University (AUI)'s priorities is the health and well-being of the students and, in order to treat and support a person, there are times in which health professionals need access to certain information.

By choosing to enroll at AUI, you are agreeing to actively engage in the preservation of your health and, if needed, your treatment. Therefore, if a time arises when doctors and/or counselors request further information, you are committing yourself to giving the information needed as:

- Health professionals will only ask for information that is necessary to provide the best care to you.

- For example, you may be asked of previous or current medical conditions (both somatic and/or psychiatric); prescribed medication; substance use or sexual health. This list is not exhaustive and professionals may need other information from you.

- The information you'll share will remain confidential and will appear only in your medical/counseling records, unless one of the following circumstances occurs:

- You are not in a position to make an informed decision regarding your health and safety,
- You have a severe medical condition,
- You have harmed yourself,
- You are in danger of harming yourself,
- You have harmed someone else,
- You are in danger of harming others,
- Your behavior is disturbing to the community.

(regarding confidentiality issues, please refer to AUI Confidentiality Waiver)

Therefore, by signing the present form you, as a student, are consenting to share, if necessary, any information needed by the doctors and/or counselors.

Name of the student (Please print)

Nom de l'étudiant(e) (en caractères d'imprimerie)

إسم الطالب أو الطالبة

Signature of the student (or the student's guardians if the student is less than 18 years old) / Signature de l'étudiant(e) (ou des parents ou tuteurs si moins de 18 ans)

توقيع الطالب أو الطالبة (أو توقيع الأوصياء إذا كان عمر الطالب أقل من 18 سنة):

Student/étudiant(e)/الطالب أو الطالبة

### FR

L'une des priorités de l'Université Al Akhawayn est la santé et le bien-être de ses étudiants. Afin de traiter et de soutenir une personne, il y a des moments où les professionnels de la santé doivent avoir accès à certaines informations.

En choisissant de vous inscrire à Al Akhawayn, vous acceptez de participer activement à la préservation de votre santé et, si nécessaire, de votre traitement. Par conséquent, si à un moment les médecins ou conseillers demandent des informations complémentaires, vous vous engagez à fournir les informations nécessaires comme suit:

- Les professionnels de la santé ne pourront demander que l'information nécessaire pour vous fournir les meilleurs soins.

- Par exemple, vous pouvez être invité à partager vos conditions médicales antérieures ou actuelles (à la fois somatiques ou psychiatriques), les médicaments prescrits, l'utilisation des substances ou votre santé sexuelle. Cette liste n'est pas exhaustive et les professionnels de la santé peuvent vous demander de fournir plus de renseignements.

- Les informations que vous partagerez resteront confidentielles et n'apparaîtront que dans vos dossiers médicaux ou de conseil, à moins que l'une des circonstances suivantes ne se présente:

- Vous n'êtes pas en mesure de prendre une décision éclairée au sujet de votre santé et de votre sécurité,
- Vous avez une condition médicale grave,
- Vous avez nui à vous-même,
- Vous êtes en danger de vous faire du mal,
- Vous avez nui à quelqu'un d'autre,
- Vous êtes en danger de nuire à autrui,
- Votre comportement dérange la communauté.

(en ce qui concerne les questions de confidentialité, veuillez vous référer au Formulaire de Décharge de Confidentialité)

Par conséquent, en signant le présent formulaire, vous, en tant qu'étudiant(e), consentez à partager, si nécessaire, toute information requise par les médecins ou conseillers.

### ARB

إن من بين الأولويات التي تحرص عليها جامعة الأخوين هي صحة وعافية طلبتها. لذا ومن أجل توفير العلاج والدعم لشخص ما، هناك أوقات يحتاج فيها المختصون الطبيون الحصول على معلومات معينة.

عند إختيارك للدراسة في جامعة الأخوين فإنك توافق على المشاركة بنشاط في الحفاظ على صحتك وكذا علاجك إذا اقتضى الحال ذلك، لهذا، إذا احتاج الأطباء أو المستشارون النفسيون لمزيد من المعلومات، فإنك تلتزم بتزويدهم بها. ونخص بالذكر الحالات التالية: - سوف يطلب منك الأطباء المختصون فقط المعلومات الضرورية لتوفير عناية أفضل لك. -على سبيل المثال أيضا، قد يطلب منك الكشف عن حالتك الصحية السابقة أو الراهنة

الجسدية منها أو النفسية أو هما معا، أو عن الأدوية الموصوفة أو عن تعاطي المخدرات أو عن الصحة الجنسية. وهذه القائمة ليست شاملة، ربما يحتاج منك الأطباء المختصون إمدادهم بمعلومات أخرى.

- ستحظى المعلومات التي سوف تكشف عنها بالسرية التامة ولن ترد إلا في السجلات الطبية والإستشارية الخاصة بك، ما عدا في بعض الحالات التالية :

- عدم أهليتك لاتخاذ قرار سليم بشأن صحتك وسلامتك.

- تعاني من وضع صحي صعب.

- قمت بإلحاق الأذى بنفسك.

- أنت في خطر إيذاء نفسك.

- قمت بإيذاء شخص آخر.

- احتمال إيذاء آخرين

- يشكل سلوكك مصدر قلق لمحيطك.

(المرجو الرجوع إلى قانون جامعة الأخوين فيما يخص شؤون التنازل عن السرية)

بتوقيعك على هذه الوثيقة وبصفتك طالب بالجامعة فإنك توافق، إذا لزم الأمر، على الكشف عن أية معلومة يطلبها منك الأطباء أو المستشارون النفسيون.

Student ID

Code étudiant

رقم الطالب أو الطالبة

الأب/الأم/الوصي/الوصية /Father, mother or guardian/Père, mère ou tuteur