

JEFFERSON COUNTY PUBLIC SCHOOL

أعد النموذج المكتمل إلى:

Jefferson County Public Schools,

Health Services Department, LAM Building

4309 Bishop Lane, Louisville, KY 40218

Telephone # (502) 485-3387

Fax # (502) 485-3670



لا تكتب في هذه المساحة

7906315012

العام الدراسي:

خطة الصحة المدرسية

الحساسية غير الغذائية

يرجى الكتابة بشكل واضح.

الجزء A الوالد/الوصي: أكمل البنود من 1 إلى 11

رقم تعريف الطالب:	(2) الاسم الأخير للطالب	(3) الاسم الأول للطالب	(4) تاريخ الولادة
(5) المدرسة	(6) الصف		

اسم الوالد/الوصي ومعلومات الاتصال الخاصة به	(7) الاسم	(8) رقم الهاتف	(9) عنوان المراسلة البريدية، المدينة، الولاية، الرمز البريدي
(10) الاتصال في حالة الطوارئ			

(11) ملحوظة للوالد/الوصي: إن التوقيع على هذا النموذج يعني مجلس التعليم بمقاطعة جيفرسون وموظفيه من أي مسؤولية قد تنتج عن خطة العمل هذه. ولا يعني هذا النموذج المدرسة أو موظفيها من المسؤولية الناتجة عن إهمالهم. كما إنني أذنُ لمقدم الرعاية الصحية في إكمال هذا النموذج وتوقيعه لتبادل المعلومات مع موظفي JCPS فيما يتعلق بهذه الحالة الصحية. وعلاوة على ذلك فإنني أقر وأوافق بأنه عندما أسمح لطفلي بحضور رحلة ميدانية برعاية المدرسة، قد يتم أيضاً توفير هذه الأدوية و/أو الخدمات الصحية من قبل متطوع مرخص له.

يجب على الآباء ملاحظة أنه: يجب حفظ نموذج التفويض بوصفه طبية في ملف في المدرسة ليتم إعطاء الأدوية في المدرسة

توقيع الوالد/الوصي	رقم الهاتف:	التاريخ
X	() -	

الجزء B يُستكمل هذا القسم بواسطة مقدم الرعاية الصحية فقط: أكمل البنود من 12 إلى 16

(12) يُرجى سرد أنواع بالحساسية.

الأدوية:

الحشرات اللادغة:

غير ذلك:

(13) قد تشمل أعراض الحساسية ما يلي: حكة/تورم في الشفتين أو الفم أو اللسان أو الحلق، شرى/طفح جلدي، غثيان/قيء/تقلصات في المعدة، ضيق في التنفس، أزيز، سعال، دوخة، فقدان للوعي

يُرجى ذكر أي أعراض أخرى خاصة بهذا الطفل: _____

(14) الأدوية التي تؤخذ في المدرسة:

Auvi-Q EpiPen EpiPen Jr.

*يُعطى EpiPen/Twinject/Auvi-Q عند بداية الحساسية و/أو التعرض لمسبب حساسية.

(15) هل يمكن للطالب حمل جهاز EpiPen/Auvi-Q الخاص به واستخدامه بمفرده؟

نعم لا

(16) معلومات مقدم الرعاية الصحية

يجب توقيع النموذج من قبل مقدم الرعاية الصحية والوالد/الوصي

توقيع مقدم الرعاية الصحية

اسم مقدم الرعاية الصحية مطبوعاً

ختم المكتب الطبي (مطلوب للمعالجة)

التاريخ

X