

نموذج الإذن بالأدوية التي تستلزم وصفة طبية أو التي لا تستلزم وصفة طبية

يكمل موظفو المدرسة هذا الجزء

المدرسة: _____ تاريخ الاستلام: _____

أقر/نقر باستلام بيان مقدم الرعاية الصحية و/ أو تصريح الوالد.

التوقيع: _____

اسم الطالب: _____ عمر الطالب: _____ تاريخ الميلاد: _____

الصف: _____ حجرة الفصل/الفصل المدرسي: _____

يُكمل الوالد/الوصي هذا الجزء

اسم الدواء: _____

سبب أخذ الدواء: _____

أنواع الحساسية: _____

أي حالة (حالات) مرضية أخرى _____

شكل الدواء/العلاج: _____

قرص/كبسولة سائل جهاز استنشاق حقنة بخاخ غير ذلك _____

التعليمات (الجدول الزمني والجرعة التي تعطى في المدرسة): _____

البداية: _____ تاريخ الاستلام غير ذلك، على النحو المحدد: _____

التوقف: _____ نهاية العام الدراسي تاريخ آخر/مدة أخرى: _____

للأحداث العرضية/الطارئة فقط

القيود و/ أو التأثيرات المهمة: لا توجد قيود

نعم. يُرجى الوصف: _____

متطلبات التخزين الخاصة: لا يوجد تبريد غير ذلك _____

اسم مقدم الرعاية الصحية _____

العنوان: _____ الهاتف: _____ الفاكس _____

أذن لـ _____ في تلقي الأدوية المذكورة أعلاه في المدرسة وفقاً لسياسة المدرسة المعيارية،

اسم الطالب

وأعفي المدرسة وموظفيها ووكلائها صراحةً من أي مسؤولية، وأتحمل أي مسؤولية نيابة عنهم، فيما يتعلق بأي إصابات أو ردود فعل ناتجة عن طريقة إعطاء الأدوية المذكورة أعلاه للطالب، ما لم يكن ذلك نتيجة إهمال أو سوء أداء من المدرسة أو موظفيها. وفيما يتعلق بالأدوية المستمرة، فإنني أعلم أنني أتحمل المسؤولية الكاملة عن تزويد المدرسة بكميات كافية من الأدوية لتمكينها من الالتزام بتعليمات الطبيب أو مقدم الرعاية الصحية.

التاريخ: _____ التوقيع: _____ الصلة: _____

هاتف المنزل: _____ هاتف العمل: _____ هاتف الطوارئ: _____

نموذج الإذن بالأدوية التي تستلزم وصفة طبية أو التي لا تستلزم وصفة طبية

تعليمات الطبيب أو مقدم الرعاية الصحية المعتمد

إعطاء الطالب الدواء لنفسه

إنّ هذا الطالب قادر على إعطاء الأدوية المذكورة أعلاه لنفسه ومسؤول عن ذلك وأثبت قدرته على ذلك
○ نعم - بدون إشراف ○ نعم - تحت إشراف ○ لا يجب ألا يحمل هذا الطالب الدواء بنفسه
يمكن لهذا الطالب أن يحمل هذا الدواء بنفسه: ○ نعم ○ لا
ملحوظة: ستفوّض ممرضة المدرسة موظفي المدرسة غير المرخصين وتُدربهم لإعطاء أي أدوية طارئة.

التوقيع: _____ التاريخ _____

الطبيب أو مقدم الرعاية المعتمد: صالح فقط للعام الدراسي الحالي

الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية التي تُعطى لأكثر من 3 أيام متتالية

يمكن إعطاء الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية لأكثر من (3) أيام متتالية بأوامر مكتوبة من مقدم الرعاية الصحية

التوقيع: _____ التاريخ _____

الطبيب أو مقدم الرعاية المعتمد: صالح فقط للعام الدراسي الحالي

قد تستخدم المنطقة التعليمية نموذجًا إلكترونيًا مشابهًا إلى حد كبير بدلاً من هذا النموذج الورقي.

تاريخ المراجعة/التنقيح: 7/27/2021