

موافقة على تقديم أدوية بوصفة طبية

من الأفضل للطلاب تناول جميع الأدوية في المنزل. موظفو المنطقة التعليمية غير مدربين في مجال الرعاية الصحية. يتحمل أولياء الأمور والأوصياء مسؤولية تقديم الأدوية لأطفالهم. ولكن، قد تتعاون المدرسة مع أولياء الأمور والأوصياء في تقديم أدوية بوصفة طبية، موافق عليها من قبل الوالدين أو الأوصياء. تشترط مدارس بلومفيلد هيلز موافقة كتابية لأحد الطلاب لأخذ دواء بوصفة طبية، بما في ذلك الأدرينالين (الأبينفرين) أو أجهزة الاستنشاق، خلال اليوم الدراسي. يجب إكمال هذا النموذج وإرساله إلى المدير قبل تقديم الدواء للطلاب. يغطي النموذج الأدوية المحددة أدناه فقط، وهو صالح للسنة الدراسية الحالية فقط. يجب تسليم جميع الأدوية إلى المدرسة من قبل أحد الوالدين أو الوصي أو شخص بالغ تم تخويله من قبل الوالد أو الوصي. يتم تسليم الأدوية بعبواتها الأصلية، بالإضافة إلى ملصق يتضمن اسم الطالب، والطبيب المعالج، والدواء، ووصفة طبية.

حاقن إبينفرين آلي / أجهزة الاستنشاق: يمكن للطلاب حيازة هذه الأجهزة إذا كان الوالد أو الوصي والطبيب يشيران بذلك في هذا النموذج. ولكن، تشجيع المدرسة الوالد أو الوصي على توفير حاقن إبينفرين آلي أو جهاز استنشاق ثانٍ ليتم وضعه في مكتب المدرسة.

يجب إكمال هذا القسم بواسطة والد الطالب أو الوصي القانوني عليه.

اسم الطالب: _____
اسم الوالد / الوصي القانوني: _____
تاريخ ووقت الجرعة الأولى من الدواء: التاريخ: _____ الوقت: _____
طلاب المدارس الثانوية فقط: أوافق لولدي / الطالب المسجل في المدرسة الثانوية على اصطحاب هذا الدواء وتناوله بنفسه: نعم لا
جهة اتصال الطوارئ رقم 1: _____ الهاتف: _____
جهة اتصال الطوارئ رقم 2: _____ الهاتف: _____
إذا تم وصف حاقن إبينفرين آلي أو جهاز استنشاق، فأنا أوافق على ولدي حمله: نعم لا

يجب إكمال هذا القسم من قبل طبيب الطالب.

اسم الدواء الموصوف: _____
الجرعة: _____
الأوقات: _____
الفترة: _____
إلى: _____
(التاريخ) (التاريخ)
سبب الدواء (التشخيص والآثار المتوقعة): _____
الأعراض المحتملة: _____
ردود الفعل المحتملة: _____
الظروف التي لا يعطى فيها الدواء: _____
إذا تم وصف حاقن إبينفرين آلي أو جهاز استنشاق، فأنا أوافق على ولدي حمله: نعم لا
تعليقات إضافية: _____
توقيع الطبيب: _____ التاريخ: _____
الهاتف: _____ العنوان: _____

هذه موافق وتفويض مني ليتم تقديم هذا الدواء على النحو المنصوص عليه أعلاه، وللقيام بذلك، أنا أوافق على تعويض أي موظف أو متطوع من المنطقة التعليمية عن أي إجراء أو تقاعس مرتبط بتقديم الدواء للطالب المذكور أعلاه.
الوالد / الوصي القانوني التوقيع: _____ التاريخ: _____
رقم الهاتف: العمل: _____ المنزل: _____
أرقام هواتف أخرى: _____

وقف تقديم الدواء

عندما يحين وقت إيقاف تناول هذا الدواء، يجب على الوالد أو الوصي توقيع هذا النموذج، وكتابة تاريخ التوقيع، وتسليمه لمكتب المدرسة. الرجاء التوقف عن تقديم الدواء الموصوف أعلاه للطالب:

_____ اعتباراً من _____

توقيع ولي الأمر أو الوصي القانوني: _____ التاريخ: _____
الفاكس مقبول في البداية. يجب استلام الأصل خلال يومين دراسيين.

يمكن قبول النماذج عبر الفاكس في البداية. ولكن، يجب إرسال النماذج الأصلية خلال يومين دراسيين.

التوزيع: < مكتب المدرسة < سجلات الطالب < الوالد / الوصي القانوني