



طلب إعطاء
الأدوية بوصفة أو بدون وصفة طبيب من قبل موظفي المدرسة
(لا يستخدم الإينفرين أو أجهزة الاستنشاق)

اسم الطالب: _____ تاريخ الميلاد: _____ المدرسة / الصف / المعلم: _____

- يجب على واصف الرعاية الصحية المرخص للطالب في أوهايو إكمال وتوقيع القسم الأول من هذا النموذج كل عام دراسي.
- يجب على الوالد / الوصي إكمال وتوقيع القسم الثاني من هذا النموذج كل عام دراسي.
- يجب أن يكون هذا النموذج المكتمل في ملف في السجل الصحي للطالب قبل أن يتم إعطاء الأدوية بوصفة أو بدون وصفة من قبل موظفي المدرسة. مطلوب نموذج منفصل لكل دواء.
- يجب أن يكون الدواء في العبوة الأصلية كما تم صرفه من قبل الطبيب أو الصيدلي أو الشركة المصنعة وسيتم تخزينه في عيادة المدرسة.

I. Prescriber's Section

I. قسم واصف الدواء

Prescriber's name/title (printed): _____ Phone: _____

This is to certify that the student named above is under my care and should receive the following medication at the following times during the school day:

Medication name and strength	
Dose	
Route	
Time (during school or school activity)	
Severe adverse reactions to be reported to prescriber	
Special instructions for administration	
Possible side effects	
Special storage instructions	
Starting & ending date of this request	Start _____ End _____

Prescriber's signature/title: _____ Date: _____

Address: _____ Emergency contact #: _____

I. قسم الوالدين / الوصي

أطلب بموجب هذا وأعطي إذني لموظفي المنطقة التعليمية لإعطاء هذا الدواء الموصوف لطفلي وفقا للأوامر المكتوبة المحددة من مقدم الخدمة الطبية لدينا. أعفي بموجب هذا جميع موظفي المدرسة ومجلس التعليم من المسؤولية عن الأضرار أو الإصابة الناتجة عن أداء أو عدم أداء أي مساعدة مطلوبة.

أنا مسؤول عن توصيل هذا الدواء إلى عيادة المدرسة وسأخطر المدرسة على الفور إذا قمنا بتغيير مقدم الخدمة الطبية لدينا أو تم إيقاف الحاجة إلى هذا الدواء.

أوافق على تقديم طلب منح إعطاء الأدوية بوصفة أو بدون وصفة من قبل موظفي المدرسة (نموذج 1F 5330) إذا تم إجراء أي تغييرات فيما يتعلق بالأدوية المذكورة أعلاه.

أفهم أنه لا يمكن إعطاء هذا الدواء لطفلي إلا من قبل ممرضة المدرسة أو أنا حتى يكمل الموظفون (الكادر) غير المرخصين طبيا في مدرسة طفلي تدريب المنطقة المطلوب. في حالة عدم وجود شخص مرخص طبيا، مثل ممرضة المدرسة، لا يسمح إلا للموظفين المعيّنين والمدرّبين بأداء هذه المهمة.

إذا كان هذا الدواء مطلوباً للأنشطة اللامدرسية، فأنا أوافق على تقديم جراحة منفصلة لموظفي المدرسة الذين يشرفون على الأنشطة اللامدرسية لطفلي.

أوافق على التواصل بين مقدم الرعاية الصحية أو العيادة التي تصف الدواء وممرضة المدرسة والمسؤول الطبي للمدرسة ومقدمي الرعاية الصحية في العيادة المدرسية حسب الضرورة للإدارة الطبية.

توقيع ولي الأمر / الوصي: _____ تاريخ: _____

عنوان المنزل: _____ الهاتف: _____

