

التصريح بالدواء

السنة الدراسية _____



الاسم	تاريخ الميلاد	الصف الدراسي	ضع صورة الطالب هنا
-------	---------------	--------------	--------------------

الحساسية

ملاحظة: يجب أن يكون الدواء الموصوف في العبوة الأصلية مع الإشارة إلى المعلومات التالية: اسم الطالب، والدواء، والجرعة، وطريقة استيعاب الدواء، ووقت تناول الدواء، ومقدم الرعاية الصحية. يجب أن تكون الأدوية بدون وصفة طبية في العبوة الأصلية مع ملصقات واضحة.

بيان ولي الأمر: أنا أطلب إعطاء الدواء المذكور أدناه لطفلي المذكور اسمه أعلاه.

- أفهم أنه ينبغي ألا تكون صلاحية الدواء منتهية.
- أفهم أنه في حالة غياب ممرضة المدرسة، قد يقوم موظفو المدرسة المدربون الآخرون بإعطاء الدواء. • أفهم أن ممرضة المدرسة قد تقوم بالاتصال بمقدم الرعاية الصحية أو الصيدلي بشأن هذا العلاج.
- سأقوم بإبلاغ المدرسة فوراً في حالة تغيير الدواء.
- أفهم أنه سيتم إتلاف هذا الدواء وفقاً لمتطلبات إدارة مكافحة المخدرات الفيدرالية (DEA) ما لم يتم استلامه بحلول نهاية اليوم الدراسي الأخير للطلاب في هذا العام.
- أسمح لممرضة المدرسة بمشاركة المعلومات الخاصة بصحة الطالب خاصتي مع الطاقم المدرسي والطبي المناسب من أجل الحفاظ على سلامة الطالب خاصتي باستمرار داخل المدرسة.

توقيع ولي الأمر/الوصي	التاريخ	الاسم بأحرف واضحة
هاتف المنزل/الهاتف الخليوي		رقم الطوارئ

الأدوية الأخرى التي يتم تناولها في المنزل

بيان مقدم الرعاية الصحية: هذا الدواء مطلوب أثناء ساعات الدراسة بهدف تحسين أو الحفاظ على صحة هذا الطالب. قد تتصل بي الممرضة بشأن هذا الدواء. يجب أن يتلقى الطفل المذكور اسمه أعلاه الدواء الموصوف للمرض التالي:

اسم الدواء	الجرعة	طريقة استيعاب الدواء
الفترة الزمنية	تاريخ البدء	تاريخ الإيقاف
الآثار الجانبية المحتملة		تعليمات خاصة
توقيع كاتب الوصفة الطبية	التاريخ	التاريخ
الاسم بأحرف واضحة	الهاتف	الهاتف
العنوان		
توقيع ممرضة المدرسة	التاريخ	التاريخ
الاسم بأحرف واضحة	المدرسة	المدرسة

تمت المراجعة بتاريخ 4/2024