



موافقة على الأدوية/الإجراءات الطبية

اسم الطالب: _____ رقم بطاقة تعريف الطالب: _____
 المدرسة: _____ المرحلة: _____ تاريخ الميلاد: _____
 التشخيص: 1. _____ 2. _____

موافقة الأب

أطلب بأن يتلقى طفلي، _____ الأدوية أو الإجراءات الموصوفة طبيًا في الوقت الذي يحدده ويعينه مزود الرعاية الطبية.

أتولى المسؤولية عن تأمين الأدوية الموصوفة طبيًا وإحضارها من الطبيب إلى المدرسة في علبه معنونة. أفهم أيضًا بأنني أتحمّل المسؤولية عن تأمين كمية كافية من الأدوية أو المستلزمات في المدرسة. يترتب على عدم الالتزام بذلك التشويش على تعليمات الطبيب أو انقطاع المدرسة عن إعطاء الأدوية/الإجراءات الطبية لطفلي في المدرسة. أفهم بأنه إذا رفض طفلي تناول الدواء أو الأدوية الموصوفة أو رفض السماح لنا بالقيام بالإجراء أو الإجراءات الطبية، فلن تلجأ المدرسة إلى استخدام القوة لإرغام طفلي على ذلك.

يُسمح لموظفي المدرسة بالاتصال بمزود الرعاية الطبية الذي يقدم الوصفات الطبية بخصوص استخدام الأدوية والتأثيرات الجانبية والاستجابة للأدوية وموانع الاستعمال أو نتائج الإجراءات الطبية أو تكرارها. يمكنني أن أسحب موافقتي في أي وقت.

توقيع الأب/الوصي القانوني _____ صلة القرابة _____ التاريخ: (شهر/يوم/سنة) _____

موافقة مزود الرعاية الصحية:

أوصي بإعطاء الأدوية وإتباع الإجراءات الطبية التالية في المدرسة للطالب المذكور أعلاه.

DAILY

Possible Adverse :Side Effect or Contraindications	Stop date	Start date	Time(s) :(AM/PM	/Dosage Frequency	Name of Daily Medication (Generic and Trade Name)

PRN

Possible Adverse :Side Effect or Contraindications	Stop date	Start date	Time(s) :(AM/PM	/Dosage Frequency	Name of PRN Medication (Generic and Trade Name)

PROCEDURES

Monitoring Parameters	Stop date	Start date	Time(s) :(AM/PM	/Dosage Frequency	Name of Procedure :(.CIC, glucose checks, suctioning, etc)

The above orders shall be effective throughout the current school year, summer school and through September 30th of the following school year, unless the orders are discontinued, changed or withdrawn in writing by the parent/guardian before that time elapses

Telephone/Fax Number _____ (. Date (Mo./Day/Yr _____ Medical Provider's Signature _____

Address _____ Printed Medical Provider's Name _____