

الموافقة بإعطاء الأدوية الاختيارية المصدق عليها  
بيانات الاتصال الصحية

اسم الطالب: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_  
المدرسة: \_\_\_\_\_ الصف/المدرس: \_\_\_\_\_

**الحساسية (أذكر أدوية الحساسية):**

أذكر كل الأدوية التي يتناولها طفلك بشكل منتظم: \_\_\_\_\_

المشاكل الطبية/الصحية: ضع علامة أمام كل ما ينطبق على طفلك

الربو و  مرض قلة التركيز وضعف الحركة (ADHD)  خلل يبي للنزيف  مرض السكري  علة بالق  الصداع النصفي  
 نوبات مرضية  النظر (يرتدي نظارات)  علة أخرى (اشرح) \_\_\_\_\_

أرغب في توفير الدواء (الأدوية) التالية لطفلي: (اختر من فضلك)

**للصداع/الحمى/الحروق/الآلام الأذن/الآلام العضلات/الآلام/تقلصات الطمث.****لاعتلال المعدة**

أسيتامينوفين (مثل تيلينول)  إيبوبروفين (مثل أدفيل)  أقراص م  دة للحموضة للمضغ  
(من سن 12 سنة وأكبر/ سن 9 سنين لتقلصات الطمث) (مثل تامز)

**لحساسية الحفاض****للحكة/التهاب الحلق****لردود الفعل البسيطة للحساسية**

زينك أوكسايد

نقط لل  ة

ديفينهيدرامين (مثل بينادريل)

لا أريد أن يعطى طفلي أي دواء في المدرسة.

**معلومات الاتصال**

اسم الوالد/الوصي الأول: \_\_\_\_\_ اسم الوالد/الوصي الثاني: \_\_\_\_\_  
رقم تليفون منزل الوالد/الوصي الأول: \_\_\_\_\_ رقم تليفون منزل الوالد/الوصي الثاني: \_\_\_\_\_  
رقم التليفون المحمول للوالد/الوصي الأول: \_\_\_\_\_ رقم التليفون المحمول للوالد/الوصي الثاني: \_\_\_\_\_  
رقم تليفون العمل للوالد/الوصي الأول: \_\_\_\_\_ رقم تليفون العمل للوالد/الوصي الثاني: \_\_\_\_\_  
البريد الإلكتروني للوالد/الوصي الأول: \_\_\_\_\_ البريد الإلكتروني للوالد/الوصي الثاني: \_\_\_\_\_  
عنوان منزل الوالد/الوصي: \_\_\_\_\_

الأشخاص الذين يمكن وضع الطالب في عهدهم غير الوالدين:

الاسم: \_\_\_\_\_ رقم (أرقام) التليفون: \_\_\_\_\_  
الاسم: \_\_\_\_\_ رقم (أرقام) التليفون: \_\_\_\_\_

أنا أدرك أن الأدوية المذكورة أعلاه التي اخترتها سيتم إعطاؤها بواسطة الممرضة المسجلة/ممرضة المدرسة تبعاً للنظام الموضوع والمطور من قبل الطبيب المسئول عن الخدمات الصحية المدرسية للإدارة الصحية لمقاطعة بالتيمور ومن قبل منسق الخدمات الصحية للمدارس الحكومية في مقاطعة بالتيمور. أدرك أنه يمكن استخدام أنواع أدوية بديلة. إن توقيعني يمثل السماح بوضع طفلي في عهدة الأشخاص المذكورين في هذه الصفحة.

توقيع الوالد/الوصي/الطالب المؤهل

التاريخ

إلغاء الموافقة بإعطاء الأدوية الاختيارية  
وبيانات الاتصال الصحية

عزيزي الوالد أو الوصي:

على الجانب الآخر من الجواب هناك نموذج لتزويد ممرضة المدرسة بالبيانات الصحية المحدثة الخاصة بطفلك، وقائمة بأسماء الأشخاص الممكن الاتصال بهم في حالة المرض أو الإصابة وقسم يوضح موافقتك على إعطاء طفلك أدوية معينة لا تتطلب وصفة من الطبيب وهي متوفرة مجاناً لكل الطلبة. هذا النموذج يجب أن يملأ عن كل سنة دراسية.

إن برنامج الأدوية التي تصرف بغير وصفة من الطبيب (يطلق عليها الأدوية الاختيارية) هو برنامج مصمم لتسكين المتاعب الثانوية ولمنع الانصراف المبكر الغير ضروري من المدرسة. هذه الأدوية قد تم التصديق عليها من قبل رئيس الخدمات الصحية للمدرسة والإدارة الصحية في مقاطعة بالتيمور والمنسق ومكتب الخدمات الصحية والمدارس الحكومية في مقاطعة بالتيمور.

يجب الحصول على موافقتك قبل إعطاء أي دواء لطفلك. تستطيع الممرضة المسجلة/ممرضة المدرسة وحدها فقط إعطاء هذه الأدوية تبعاً للأنظمة الموضوعية. يذكر نموذج الموافقة الأدوية التي يمكن أن تكون متوفرة. يرجى ملاحظة نموذج الموافقة وإعادة ممرضة المدرسة.

إن الأدوية الاختيارية المصدق عليها معدة للاستخدام العرضي فقط. إذا احتاج طفلك لأدوية تتطلب وصفة من الطبيب أو أدوية لا تتطلب ذلك بشكل منتظم، يجب عليك الحصول على أمر كتابي من قبل مقدم العناية الصحية وتوفير هذه الأدوية.

إذا ما كان لديك أية أسئلة أو رغبت في الحصول على مزيد من المعلومات، الرجاء الاتصال بممرضة المدرسة.

مع فائق الاحترام،

Lucia Donatelli دكتوراه في الطب، زميلة الأكاديمية الطبية لأمراض  
الأطفال  
الرئيس  
مكتب صحة الطفل والنشء والصحة المدرسية  
الإدارة الصحية في مقاطعة بالتيمور

Deborah Somerville ممرضة مسجلة، ماجستير  
الصحة العامة  
المنسق  
مكتب الخدمات الصحية  
المدارس الحكومية في مقاطعة بالتيمور