



الخدمات الصحية

نموذج تفويض دواء/علاج

لن يحدث إعطاء للأدوية/العلاجات أثناء ساعات الدوام المدرسي إلا عندما لا يمكن تعديل الجداول الزمنية للأدوية لإعطائها في المنزل بواسطة ولي الأمر/الوصي.

اسم الطالب: _____ تاريخ الميلاد: _____ الصف الدراسي: _____

اسم المدرسة: _____ المدرس: _____

ينبغي استكمال هذا القسم بواسطة ولي الأمر أو الوصي القانوني:

اذكر الحالات الصحية والحساسيات لدى الطفل: _____

اسم الدواء: _____ التركيز: _____

الشكل: _____ الطريقة: _____ تاريخ انتهاء الصلاحية: _____

الكمية الواجب إعطاؤها: _____ وقت (أوقات) الإعطاء: _____

اسم الطبيب القائم بالوصف: _____

I المرض أو الحالة الموصوف لها ذلك: _____

تواريخ إعطاء الأدوية:

تاريخ البدء: _____ حتى نهاية العام الدراسي ما لم يُشر إلى غير ذلك هنا: _____

الدواء الذي يُصرف بوصفة طبية يجب أن يكون على زجاجته ملصق الوصفة الطبية الأصلي ضمن التاريخ ودون تغيير، وسيشمل هذا الملصق اسم الطفل، والدواء، والجرعة، ومعدل الإعطاء، واسم الطبيب، واسم الصيدلية، ورقم الهاتف.

الدواء الذي يصرف بدون الحاجة إلى وصفة طبية يجب أن يكون ملائمًا للعمر وضمن التاريخ (عليه ملصق من الصيدلية) وفي عبوته الأصلية، وأن يُذكر عليها اسم الطالب. لا يمكن أن تتجاوز جرعة الدواء الجرعة المحددة على ملصق الدواء دون طلب من طبيب. لن يُعطى الأسبرين (Aspirin) و/أو مشتقاته و/أو مستحضرات المداواة الطبيعية دون طلب من طبيب.

أمنح بموجب ذلك الإذن لمرمضة المدرسة أو مدير المدرسة أو الموظفين المدربين المخصصين لذلك بالمدرسة بالمساعدة في إعطاء الدواء و/أو العلاج الموصوف لطفلي خلال وجوده في المدرسة وبعيدًا عن المدرسة خلال المشاركة في الأنشطة المدرسية الرسمية (F.S.1006.062). أعطي الإذن إلى موظفي Alachua County Public School بالاتصال بطبيب طفلي وصيدليته فيما يخص هذا الدواء.

أدرك أن القانون يشترط عدم وجود أي تحمل للمسؤولية نتيجة لإعطاء هذا الدواء و/أو العلاج حيث أن الشخص الذي يقوم بإعطاء هذا الدواء و/أو العلاج يتصرف كما يتصرف الشخص عادةً بصورة صائبة ومعقولة في مثل هذه الظروف. أدرك أنني أتحمل مسؤولية توفير الأدوية كلما انتهى مخزونها على النحو الموصوف أعلاه ومستلزمات العلاج بالإضافة إلى إخطار العاملين في المدرسة بأي تغيرات تطرأ على صحة طفلي و/أو أدويته و/أو طلبات طبيبه و/أو علاجه.

اسم ولي الأمر/الوصي: _____ الصلة: _____

رقم هاتف المنزل: _____ رقم هاتف العمل: _____ رقم الهاتف الخليوي: _____

التوقيع: _____ التاريخ: _____

