الخدمات الصحية

# نموذج تفويض دواء/علاج السكري

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

اسم المدرسة: _____ المدرس: _____

اسم الطبيب القائم بوصف الدواء: _____ الحساسيات: _____

سيجري تحديث خطة الإدارة الطبية للسكري (Diabetes Medical Management Plan, DMMP) للطالب سنويًا أو حين تتغير أدوية المريض أو إدارته. يتحمل أولياء الأمور/الأوصياء المسؤولية عن تقديم أحدث نسخة لوثيقة DMMP الخاصة بطفلهم (أو طلبات الطبيب) إلى المدرسة.

على ولي الأمر/الوصي أن يمد المدرسة بأحدث أدوية طفله/أحدث أدوية الطوارئ ومعدات/مستلزمات العلاج الخاصة بطفله. لا يمكن تقديم الرعاية دون الأدوية و/أو المستلزمات الملائمة. في حالة عدم توفر الأدوية أو المستلزمات، فسيكون على ولي الأمر/الوصي جلب المستلزمات، ومعالجة الطفل في المدرسة بنفسه أو اصطحاب الطفل إلى المنزل. في حالة الحاجة إلى تدخل لنقص سكر الدم أو فرط سكر الدم وعدم إمكانية الوصول إلى ولي الأمر/الوصي، فسيجري الاتصال على 911 للعلاج. **ينبغي استكمال هذا القسم بواسطة ولي الأمر أو الوصي القانوني:**

| الأدوية/مستلزمات العلاج | الإنسولين | قلم الإنسولين | مضخة الإنسولين | أقراص الجلوكوز | الجلوكاجون | شرائط الكينونات | جهاز القياس/شرائط الاختبار | المباضع |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| تاريخ انتهاء الصلاحية | | | | | | | | |
| التفويض مع الحروف الأولى من اسم ولي الأمر/الوصي | | | | | | | | |

تواريخ إعطاء الأدوية/العلاجات:

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

أمنح بموجب ذلك الإذن لممرضة 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 أني 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 الخلوي: _____

التوقيع: _____ التاريخ: _____

| التاريخ | الأدوية أو المستلزمات | الكمية في الزجاجة | عدد الجرعات/المخزون | تاريخ انتهاء الصلاحية | المستلم المبدئي | الشاهد المبدئي |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

توقيع المستلم/الأحرف الأولى

توقيع الشاهد/الأحرف الأولى

| التاريخ | الأدوية أو المستلزمات | الكمية في الزجاجة | عدد الجرعات/المخزون | تاريخ انتهاء الصلاحية | المستلم المبدئي | الشاهد المبدئي |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

توقيع المستلم/الأحرف الأولى

توقيع الشاهد/الأحرف الأولى

| التاريخ | الأدوية أو المستلزمات | الكمية في الزجاجة | عدد الجرعات/المخزون | تاريخ انتهاء الصلاحية | المستلم المبدئي | الشاهد المبدئي |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

توقيع المستلم/الأحرف الأولى

توقيع الشاهد/الأحرف الأولى