

## إذن للطالب حمل دواء إيبينفرين الموصوف طبيًا وتناوله بنفسه



Park Hill School District

اسم الطالب: \_\_\_\_\_

الصف/المعلم: \_\_\_\_\_

الدواء (الأدوية) التي سيحملها الطالب معه: \_\_\_\_\_

وفقًا لقانون ولاية ميزوري، يجوز السماح للطلاب بحمل الدواء الموصوف طبيًا وتناوله بأنفسهم أثناء تواجدهم في المدرسة، وفي الأنشطة التي ترعاها المدرسة، وفي وسيلة النقل من أو إلى المدرسة أو النشاط الذي ترعاه المدرسة، وذلك عند استيفائهم الشروط التالية:

- أن يكون الطبيب قد وصف الدواء للاستخدام من قِبل الطالب وأعطى تعليمات للطالب بشأن الاستخدام الصحيح والمسؤول للدواء.
- لقد أظهر الطالب للطبيب المرخص المشرف على حالته أو الشخص المكلف من الطبيب المرخص وممرضة المدرسة مستوى المهارات اللازم لاستخدام الدواء وأي جهاز ضروري لتناول هذا الدواء الموصوف أو المطلوب.
- اعتمد طبيب الطالب ووقع على خطة علاجية كتابية لإدارة الحالة الصحية المزمّنة للطالب بما في ذلك نوبات الربو أو التأق، وللاستخدام الدائم من قِبل الطالب. ويجب أن تتضمن هذه الخطة التصريح بقدرة الطالب على تناول الدواء بنفسه في إطار الخطة العلاجية. قد لا تكون الخطة فعالة إلا للعام الدراسي ذاته الذي مُنحت فيه، ويجب تجديدها كل عام.
- لقد أكمل والد(ة) الطالب/الوصي على الطالب أي مستندات مكتوبة طلبتها المدرسة، وأرسلها إلى المدرسة، بما في ذلك الخطة العلاجية وبيان المسؤولية الذي يقر فيه بأنه لا تقع أي مسؤولية على المنطقة التعليمية وموظفيها عن أي إصابة تحدث بسبب تناول الطالب للدواء بنفسه.

### تصريح الطبيب للطالب لتناول دواء إيبينفرين بنفسه:

أقر بأن الطالب المذكور اسمه أعلاه لديه تاريخ مرضي بالإصابة بحساسية يُحتمل أن تكون مهددة للحياة، وقد تم توجيهه بشأن طريقة تناول الدواء (الأدوية) الواردة أعلاه بنفسه بصورة صحيحة، وتبين أنه قادر على حمل الدواء (الأدوية) وتناوله بنفسه. لقد تم توجيه الطالب بأن يخطر ممرضة المدرسة أو يجعل شخصًا ما يخطر ممرضة المدرسة إذا عانى من أي علامات أو أعراض رد فعل تحسسي. يدرك هذا الطالب مخاطر مشاركة الأدوية مع الآخرين، وقد وافق على الامتناع عن التمرّن. لقد قدمت خطة عمل خاصة بالحساسية الغذائية ليتبعها الطالب ويقدم نسخة إلى المدرسة.

توقيع الطبيب: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_

### تصريح الوالد(ة)/ الوصي للطالب لتناول الأدوية بنفسه:

أنا، والد(ة)/الوصي على الطالب المذكور اسمه أعلاه، أمتنع إذني لهذا الطالب بحمل الدواء (الأدوية) المشار إليه أعلاه وتناوله بنفسه. لقد عززت على أن يقوم طفلي بإخطار ممرضة المدرسة إذا ظهرت عليه أي علامات أو أعراض رد فعل تحسسي. أقر بأنه لا تقع أي مسؤولية على المنطقة التعليمية وموظفيها عن أي إصابة تحدث بسبب تناول الطالب للدواء بنفسه.

توقيع الوالد(ة)/ الوصي: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_

- |   |    |                          |     |                          |
|---|----|--------------------------|-----|--------------------------|
| الطالب قادر على تحديد علامات وأعراض رد الفعل التحسسي والحاجة إلى تناول دواء إيبينفرين   | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| يوافق الطالب على الذهاب مباشرة إلى العيادة الصحية عقب حدوث رد فعل تحسسي                 | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| يظهر الطالب أسلوب الإدارة الذاتية الصحيحة لضمان تناول دواء إيبينفرين بصورة سليمة        | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| لدى الطالب محقن ذاتي احتياطي لدواء إيبينفرين في العيادة الصحية (موصى به، وليس مطلوبًا)  | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| يعلم الطالب أن الدواء الذي يحمله يجب أن يحمل ملصق الوصفة الطبية للتعرف على صاحب الدواء. | لا | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |