

إذن للطالب لحمل أدوية الربو الموصوفة طبيًا وتناولها بنفسه



Park Hill School District

اسم الطالب: _____ الصف/المعلم: _____

الدواء (الأدوية) التي سيجملها 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 ترعاها المدرسة، وذلك عند استيفائهم الشروط التالية:

- أن يكون الطبيب قد وصف الدواء للاستخدام من قبل 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 المزمدة للطالب بما في ذلك نوبات الربو أو التأق، ولاستخدام الدواء من قبل 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 أدوية التسكين السريع بنفسه:

أقر بأن الطالب المذكور اسمه أعلاه لديه تاريخ مرضي بالإصابة بالربو، وقد تم توجيهه بشأن طريقة تناول الدواء (الأدوية) الواردة أعلاه بنفسه بصورة صحيحة، وتبين أنه قادر على حمل الدواء (الأدوية) وتناولها بنفسه. لقد تم توجيه الطالب بإخطار ممرضة المدرسة إذا فشلت جرعة الدواء الواحدة في تخفيف أعراض الربو في غضون 20 دقيقة أو فشلت في إسعاف الطالب لمدة 3 ساعات على الأقل. يدرك هذا الطالب مخاطر مشاركة الأدوية مع الآخرين، وقد وافق على الامتناع عن التمرن. لقد قدمت خطة للربو 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، أُمّنح إذني لهذا الطالب بحمل الدواء (الأدوية) المشار إليه أعلاه وتناوله بنفسه. لقد عززت على أن يقوم طفلي بإخطار ممرضة المدرسة إذا فشلت جرعة الدواء الواحدة في تخفيف أعراض الربو في غضون 20 دقيقة أو فشلت في إسعاف الطالب لمدة 3 ساعات على الأقل. 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 الربو والحاجة إلى تناول دواء (أدوية) الربو | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| يوافق الطالب على الذهاب مباشرة إلى العيادة الصحية عند الحاجة (لم يساعد الدواء الطالب خلال 20 دقيقة أو في آخر 3 ساعات) | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| يظهر الطالب الطريقة الصحيحة لاستخدام بخاخ الربو لضمان تناول الدواء بصورة سليمة | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| لدى الطالب بخاخ ربو احتياطي آخر في العيادة الصحية (موصى به، وليس مطلوبًا) | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |
| يعلم الطالب أن الدواء الذي يحمله يجب أن يحمل ملصق الوصفة الطبية للتعرف على صاحب الدواء | <input type="checkbox"/> | نعم | <input type="checkbox"/> |