

إذن للطالب لرعاية نفسه من مرض السكري



Park Hill School District

اسم الطالب: _____

الصف/المعلم: _____

الدواء (الأدوية) والمستلزمات التي سيجعلها الطالب معه: _____

وفقاً لقانون ولاية ميزوري، يجوز السماح للطالب بحمل دواء السكري الموصوف طبيًا وتناوله بأنفسهم وكذلك حمل الأدوات والمستلزمات الخاصة بالرعاية الذاتية لمرض السكري 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 قبل الطالب وأعطى تعليمات للطالب بشأن الاستخدام الصحيح والمسؤول للدواء والمعدات .
- 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.
- أن يكون الطبيب المشرف على حالة الطالب قد اعتمد ووقع على خطة علاجية كتابية لإدارة الحالة الصحية المزمنة للطالب بما في ذلك نوبات الربو أو السكري أو التاق، وللاستخدام 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 للعلم 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 الأنسولين بنفسه ورعاية نفسه من مرض السكري:

أقر بأن الطالب المذكور اسمه أعلاه لديه تاريخ مرضي بالإصابة بمرض السكري، وقد تم توجيهه بشأن طريقة تناول الدواء (الأدوية) واستخدام الأدوات الواردة أعلاه بنفسه بصورة صحيحة، وتبين أنه قادر على حمل الدواء (الأدوية) وتناولها بنفسه وإجراء مهام الرعاية الذاتية المطلوبة لإدارة مرض السكري. لقد تم توجيه الطالب بأن يخطر ممرضة المدرسة أو يجعل شخصاً ما يخطر ممرضة المدرسة إذا عانى من أي علامات أو أعراض مستويات جلوكوز الدم التي يصعب السيطرة عليها. يدرك هذا الطالب مخاطر مشاركة الأدوية مع الآخرين، وقد وافق على الامتناع عن التمرن. لقد قدمت خطة كتابية لعلاج مرض السكري 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، أمنح إذني لهذا الطالب بحمل الدواء (الأدوية) المشار إليه أعلاه وتناوله بنفسه، وكذلك اتخاذ الإجراءات اللازمة بصورة مستقلة لرعاية نفسه من مرض السكري. لقد عززت على أن يقوم طفلي بإخطار ممرضة المدرسة إذا ظهرت عليه أي علامات أو أعراض مستويات جلوكوز الدم التي يصعب السيطرة عليها. أقر بأنه لا تتحمل المنطقة التعليمية وموظفيها أي مسؤولية عن أي إصابة تحدث بسبب تناول طفلي الدواء بنفسه أو رعاية نفسه من مرض السكري.

توقيع الوالد(ة)/الوصي: _____

التاريخ: _____

مسؤوليات حمل باخاخات الربو: (يتم التحقق منها من قبل ممرضة المدرسة)

- | | |
|--|---|
| نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | الطالب قادر على تحديد علامات وأعراض فرط سكر الدم ونقص سكر الدم |
| نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | يوافق الطالب على الذهاب مباشرة إلى العيادة الصحية إذا واجه صعوبة في تنظيم مستويات جلوكوز الدم |
| نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | يظهر الطالب أسلوب الإدارة الذاتية الصحيحة لضمان تناول الأنسولين بصورة سليمة |
| نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | لدى الطالب مستلزمات احتياطية في العيادة الصحية (موصى به، وليس مطلوباً) |
| نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> | يعلم الطالب أن الدواء (أي الجلوكاجون) الذي يحمله يجب أن يحمل ملصق الوصفة الطبية للتعرف على صاحب الدواء. |

توقيع ممرضة المدرسة: _____

التاريخ: _____