

اسم الطالب: _____ تاريخ الميلاد: _____ الصف: _____ العام الدراسي: _____
 المدرسة: _____ اسم ولي الأمر / الوصي: _____

LICENSED HEALTH CARE PROVIDER (LHCP) ORDERS – EMERGENCY MEDICATIONS

THIS PORTION TO BE COMPLETED BY LHCP WITH PRESCRIPTIVE AUTHORITY (e.g., MD, DO, ARNP, DDS, etc.)

LIFE-THREATENING ALLERGY: _____ Ingestion Touch Inhalation

Other Allergies: _____ Date of last reaction, if known: _____

Anaphylaxis signs: trouble breathing, hives, swelling of lips/tongue/throat, hoarse voice, nausea, vomiting, dizziness, feeling of doom

If school nurse is NOT AVAILABLE epinephrine WILL be given by trained staff without delay for ANY allergy symptoms or suspected/known exposure to allergen(s). Student must be monitored by medical personnel or parent/guardian and may NOT stay at school.

INJECTION
 Epinephrine (0.3 mg - approximately 66 lbs and above) Injection to Outer Thigh Muscle

CALL 911:
 Epinephrine (0.15 mg - approximately 33 lbs- 66 lbs) Injection to Outer Thigh Muscle

 Epinephrine (0.1 mg - approximately 16.5 lbs - 33 lbs) Injection to Outer Thigh Muscle

 Student trained to: Self-Carry Yes No Self-Administer Yes No

 Repeat Epinephrine in _____ minutes if EMS has not arrived and if additional medication

available.

ORAL:
 Antihistamine _____ by mouth _____ mg

 Student trained to: Self-Carry Yes No Self-Administer Yes No

ASTHMA: Yes No If history of asthma and wheezing, shortness of breath, or complaints of chest tightness with allergic reaction:

 Rescue Inhaler 2 puffs 4 puffs of _____ Use spacer

 Student trained to: Self-Carry Yes No Self-Administer Yes No

SIDE EFFECTS: Epinephrine: increased heart rate Antihistamine – sleepiness Inhaler: increased heart rate, shakiness

LICENSED HEALTH CARE PROVIDER (LHCP) ORDERS – NON ANAPHYLAXIS MEDICATIONS

Use this section for asthma/allergy symptoms not related to epinephrine administration

Diagnosis/ Condition	Medication	Dosage	Route	Time/Frequency	Side Effects	*Self Carry		*Self Administer	
						Y	N	Y	N

*Marking "yes" to self-carry/administer indicates that the LHCP has provided instruction in the purpose and appropriate method/frequency of use, and that the student is capable and safe to self-carry and/or self-administer.

I request and authorize that the above-named student receive the above identified medications in accordance with the instructions indicated beginning ___/___/___ not to exceed current school year and Summer School or otherwise specified ___/___/___

LHCP's Signature: _____

Date: _____

Clinic Stamp

LHCP's Name: _____

Phone Number: (____) _____

LHCP's Address: _____

Fax Number: (____) _____

يجب توقيع هذا النموذج من قبل الوالد / الوصي.

إذن الوالد / الوصي

التاريخ: _____

توقيع ولي الأمر/الوصي: _____

School Nurse Signature: _____ Printed Name: _____ Date: _____

إدارة الدواء في المدرسة

يجب إعطاء الدواء في المدرسة فقط عند الضرورة. يتم تزويد غرفة الصحة المدرسية بالموظفين فقط خلال ساعات الدوام المدرسي ولا تظل مفتوحة طوال مدة نوادي ما بعد المدرسة أو الممارسات / الألعاب الرياضية أو الحفلات الموسيقية أو الرقصات أو غيرها من الأحداث التي ترعاها المدرسة. إذا كان يجب أن يتلقى الطالب دواء موصوفا عن طريق الفم أو موضعيا ، أو قطرات للعين ، أو قطرات أذن ، أو أدوية رذاذ الأنف سابقة الخلط ، أو أدوية الحساسية المنقذة للحياة خلال ساعات الدوام المدرسي أو عندما يكون الطالب تحت إشراف موظفي المنطقة ولأحداث المدرسة الرسمية ، فسيقوم المدير بتعيين ومرضة المدرسة وستقوم بتدريب وتفويض موظفي المدرسة لإدارة الأدوية وتقديم خطة للوصول إلى الأدوية. يجب أن يكون للدواء الذي سيتم إعطاؤه في المدرسة أمر مكتوب موقع من قبل أخصائي رعاية صحية مرخص (LHCP) يعمل في نطاق سلطته الإلزامية وأن يكون له توقيع أحد الوالدين / الوصي. الآباء / الأوصياء مسؤولون عن ضمان توفر الأدوية ومستلزمات العلاج لطلابهم. يجب أن يكون الدواء في الحاوية الأصلية المصنفة بشكل صحيح. وهذا يشمل أي دواء بدون وصفة طبية. يجب على الآباء / الأوصياء الذين يرغبون في أن يحمل طلابهم الأدوية ذاتيا وإدارتها ذاتيا بشكل مستقل تقديم أوامر أدوية موقعة من LHCP تنص صراحة على هذه الخطة. ملاحظة لا يسمح للطلاب بحمل المواد الخاضعة للرقابة الذاتية. لا ينصح الطلاب في صفوف K-5 بالحمل الذاتي. الطلاب الذين يحملون الأدوية بأنفسهم لا يعفون الوالدين / الأوصياء من التحديث الصحي السنوي وأوامر ترخيص الدواء وخطة الرعاية الصحية كل عام دراسي. كلما كان ذلك ممكنا ، يتم حث الوالد / الوصي و LHCP على تصميم جدول زمني للأدوية لإدارة الدواء إذا كان الطالب يشارك في الأنشطة التي ترعاها المدرسة خارج ساعات اليوم الدراسي العادية. لا تتحمل منطقة إدموندز التعليمية أي مسؤولية عن ردود الفعل السلبية عند صرف الدواء وفقا لأمر LHCP. لا تشارك منطقة إدموندز التعليمية المعلومات الصحية الخاصة مع كيانات خارجية دون موافقة كتابية صريحة.

بالإضافة إلى ذلك ، يسمح RCW 28A. 210.260 و RCW 28A.210.355 و RCW 28A.210.330 لأولياء أمور الطلاب المصابين بالصرع أو مرض السكري باختيار "شخص بالغ معين من الوالدين" لتقديم رعاية ترمضية موجهة من الوالدين في المدرسة.

قبل المشاركة في الرحلات الميدانية ، وألعاب القوى ، والنوادي ، وما إلى ذلك ، يجب على أولياء الأمور / الأوصياء على الطالب الذي يعاني من ظروف صحية التشاور مع مرضية المدرسة لتطوير اعتبارات الرعاية للبيئة خارج المبنى.

لا تمتد خطة الرعاية الصحية وتنطبق على الأنشطة غير التي ترعاها المدرسة. إذا حضر الطالب برامج الرعاية الممتدة قبل / بعد المدرسة ، أو شارك في أنشطة غير مدرسية ، فإن الآباء / الأوصياء مسؤولون عن إخطار قيادة برنامج هذا الكيان باحتياجات الرعاية الصحية والأدوية لطلابهم.

أنا الوالد / الوصي يفهم:

عندما يتم إخطاري من قبل موظفي المدرسة بأن الدواء قد انتهت صلاحيته ، أو لم يعد مطلوباً كمسار علاجي ، أو في نهاية العام الدراسي ، فأنا مسؤول عن جمع الدواء من المدرسة أو أفهم أنه سيتم تدميره . لا تتحمل منطقة مدارس إدموندز أي مسؤولية عن الأدوية التي يتم حملها ذاتياً وإدارتها ذاتياً . في حالة ظهور مشكلة تتعلق بالسلامة ، يحق لممرضة المدرسة إخطار الوالد / الوصي / الطالب والتوقف عن امتياز العلاج الذاتي . سيتم تعديل الخطة الصحية للطلاب سنوياً لتعكس الاحتياجات الصحية الحالية . سأقدم المعلومات الصحية وأوامر ترخيص الأدوية والأدوية غير المنتهية الصلاحية في حاوية مصنفة بشكل صحيح ومستلزمات العلاج .

اختياري: من خلال تحديد هذا المربع ، أوافق بموجب هذا على إعادة الأدوية غير الخاضعة للرقابة إلى المنزل مع الطالب .

يشارك الطالب في:

العاب القوي

موسيقى

نوادي ما بعد المدرسة

الأنشطة الأخرى التي ترعاها المدرسة

يشير توقيعني أدناه إلى أنني قد قرأت وفهمت وسألتزم بسياسة الدواء .

توقيع الوالد / الوصي: _____ التاريخ: _____

توقيع الطالب (حمل ذاتي): _____ التاريخ: _____

يتم إكمال هذا الجزء من قبل الوالد / الوصي