

ترخيص مقدم الرعاية الصحية المرخص (LHCP)
لإدارة مضادات الاختلاج الطارئة

اسم الطالب: _____ تاريخ الولادة: _____ الصف: _____ العام الدراسي: _____
 المدرسة: _____ اسم ولي الأمر / الوصي: _____
 هل تلقى هذا الطالب من قبل مضادات الاختلاج الطارئة؟ نعم لم يتم تحديد آخر موعد: _____
 اسم دواء الطوارئ: _____
 نوع النوبات: _____

This Portion to be Completed by a Licensed Healthcare Professional (LHCP)
(e.g., MD, DO, ARNP, DDS, etc.)

Diagnosis/ Condition	Medication	Dose	Route	Time/ Frequency	Side Effects	*Self-Carry
						Y N
						Y N
						Y N
						Y N
						Y N
						Y N

SIDE EFFECT: respiratory depression, sleepiness

Administer: Diastat Midazolam Other: _____ by rectal nasal oral

Administer: _____ mg of medication after seizure of _____ minutes duration or _____.

*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 the current school year and Summer School or otherwise specified ___/___/___.

Clinic Stamp

LHCP's Signature: _____ Date: _____

LHCP's Name: _____ Phone Number: (____) _____

LHCP's Address: _____ Fax Number: (____) _____

إذن الوالد / الوصي

يجب أن أجهز الدواء في الحاوية الأصلية ، التي تحمل علامة الصيدلية باسم الدواء ، والكمية التي يجب تناولها ، والوقت من اليوم الذي يجب تناوله. اسم مقدم الرعاية الصحية المرخص له موجود على الملصق. إذا بقي الدواء بعد العلاج ، فسوف أستلم الدواء من المدرسة أو أفهم أنه سيتم تدميره.

توقيع الوالد / الوصي: _____ التاريخ: _____

توقيع الطالب (ذاتي الحمل): _____ التاريخ: _____

Nurse Signature: _____ Date: _____

يرجى الالتفاف لإكمال الجانب الآخر

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 موصوفاً عن طريق الفم أو موضعياً ، 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 والأحداث المدرسية الرسمية ، فسيقوم المدير بتعيين وممرضة 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 ذاتياً وإدارتها ذاتياً 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 ممكناً ، 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 وفقاً 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 ترميضية 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 ممرضة 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.

يتم إكمال هذا الجزء من قبل الوالد / الوصي

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 منتهية 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 القوى

موسيقى

نوادي ما بعد المدرسة

الأنشطة الأخرى التي ترعاها المدرسة _____

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

توقيع الوالد / الوصي: _____ التاريخ: _____

توقيع الطالب (حمل ذاتي): _____ التاريخ: _____