



طلب إعطاء  
الأدوية بوصفة طبيب من قبل موظفي المدرسة  
(لا يستخدم للإبينفرين أو أجهزة الاستنشاق أو أدوية النوبات)

Request for Administration of Prescription Medication by School Personnel  
(not to be used for Epinephrine, Inhalers, or Seizure Medications)

اسم الطالب: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ المدرسة / الصف / المعلم: \_\_\_\_\_

- يجب على واصف الرعاية الصحية المرخص للطالب في أوهايو إكمال وتوقيع القسم الأول من هذا النموذج كل عام دراسي.
- يجب على الوالد / الوصي إكمال وتوقيع القسم الثاني من هذا النموذج كل عام دراسي.
- يجب أن يكون هذا النموذج المكتمل في ملف في السجل الصحي للطالب قبل أن يتم إعطاء الأدوية بوصفة من قبل موظفي المدرسة. مطلوب نموذج منفصل لكل دواء.
- يجب أن يكون الدواء في العبوة الأصلية كما تم صرفه من قبل الطبيب أو الصيدلي أو الشركة المصنعة وسيتم تخزينه في عيادة المدرسة.

I. Prescriber's Section

II. قسم واصف الدواء

Prescriber's name/title (printed): \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

This is to certify that the student named above is under my care and should receive the following medication at the following times during the school day:

Medication name and strength	
Dose	
Route	
Time (during school or school activity)	
Severe adverse reactions to be reported to prescriber	
Special instructions for administration	
Possible side effects	
Special storage instructions	
Starting & ending date of this request	Start _____ End _____

Prescriber's signature/title: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Emergency contact #: \_\_\_\_\_

II. قسم الوالدين / الوصي

أطلب بموجب هذا وأعطي إذني لموظفي المنطقة التعليمية لإعطاء هذا الدواء الموصوف لطفلي وفقا للأوامر المكتوبة المحددة من مقدم الخدمة الطبية لدينا. أعفي بموجب هذا جميع موظفي المدرسة ومجلس التعليم من المسؤولية عن الأضرار أو المرض أو الإصابة الناتجة عن أداء أو عدم أداء أي مساعدة مطلوبة.

أنا مسؤول عن توصيل هذا الدواء إلى عيادة المدرسة وسأخطر المدرسة على الفور إذا قمنا بتغيير مقدم الخدمة الطبية لدينا أو تم إيقاف الحاجة إلى هذا الدواء.

أوافق على تقديم طلب منقح لإعطاء الأدوية بوصفة من قبل موظفي المدرسة (نموذج 5330 IF) إذا تم إجراء أي تغييرات فيما يتعلق بالأدوية المذكورة أعلاه.

أفهم أنه لا يمكن إعطاء هذا الدواء لطفلي إلا من قبل ممرضة المدرسة أو أنا شخصيًا، حتى يكمل الموظفون غير المرخص لهم طبيًا في مدرسة طفلي التدريب المطلوب في المنطقة وفي غياب شخص مرخص طبيًا مثل ممرضة المدرسة، يُسمح فقط للموظفين المدربين المعيّنين بأداء هذه المهمة.

إذا كان هذا الدواء مطلوبًا للأنشطة اللامنهجية، فأنا أوافق على تقديم جرعة منفصلة لموظفي المدرسة الذين يشرفون على الأنشطة اللامنهجية لطفلي.

أوافق على التواصل بين مقدم الرعاية الصحية أو العيادة التي تصف الدواء، وممرضة المدرسة، والمسؤول الطبي للمدرسة ومقدمي الرعاية الصحية في العيادة المدرسية حسب الضرورة للإدارة الطبية.

توقيع ولي الأمر / الوصي: \_\_\_\_\_ تاريخ: \_\_\_\_\_

عنوان المنزل: \_\_\_\_\_ الهاتف: \_\_\_\_\_

