



طلب إعطاء أدوية بدون وصفة طبية من قبل موظفي المدرسة

Request for Administration of Nonprescription Medication by School Personnel

اسم الطالب: _____ تاريخ الميلاد: _____ المدرسة/الصف/المعلم: _____

- يجب على ولي الأمر أو الوصي إكمال هذا النموذج وتوقيعه في بداية كل عام دراسي.
- يجب حفظ هذا النموذج المكتمل في السجل الصحي للطالب قبل أن يتمكن موظفو المدرسة من إعطاء الأدوية بدون وصفة طبية في المدرسة.
- يُطلب نموذج منفصل لكل دواء.
- لا يُمكن إعطاء الأسبرين (لارتباطه بمتلازمة راي)، أو التحاميل الشرجية، أو أدوية أنبوب G/JG المعدة/الامعاء دون طلب من طبيب رعاية صحية مرخص في ولاية أوهايو. (انظر النموذج F1 5330)
- تُحفظ جميع الأدوية دون وصفة طبية لطلاب المرحلة الابتدائية في العيادة. لا يُسمح للطلاب بحملها بأنفسهم.
- يجب على أولياء الأمور تزويد أدوية الطالب في عبوتها الأصلية من الشركة المصنعة.

اسم الدواء	Medication
الجرعة (لا يجوز تجاوز جرعة الشركة المصنعة دون أمر من طبيب الرعاية الصحية المرخص في ولاية أوهايو. راجع النموذج F1 5330)	Dosage
الوقت / الظروف للإدارة	Time/Circumstances
الأعراض الجانبية الخطيرة الشديدة التي يجب إبلاغ الآباء عنها	Severe adverse reactions - report to parents
تعليمات محددة للتناول (اذكر اية أعراض)	Specific instructions for administration
تعليمات التخزين الخاصة	Storage instructions
تاريخ بدء وانتهاء هذا الطلب	Start / End
بدء من	حتى

أطلب وأمنح بموجب هذا الإذن لموظفي المنطقة التعليمية إعطاء هذا الدواء لطفلي وفقاً للتعليمات الخطية المحددة المذكورة أعلاه. وأخلي بموجب هذا مسؤولية جميع موظفي المدرسة ومجلس التعليم عن الأضرار أو الأمراض أو الإصابات الناتجة عن تقديم أو عدم تقديم أي مساعدة مطلوبة.

أتحمل مسؤولية توصيل هذا الدواء إلى عيادة المدرسة، وسأبلغ المدرسة فوراً إذا لم تعد هناك حاجة إلى هذا الدواء.

أوافق على تقديم طلب إعطاء أدوية بدون وصفة طبية من قبل موظفي المدرسة (النموذج F1a 5330) مُعدّل في حال إجراء أي تغييرات تتعلق بالدواء المذكور أعلاه.

أدرك أنه لا يُمكن إعطاء هذا الدواء لطفلي إلا من قِبل ممرضة المدرسة أو من قِلي شخصياً حتى يُكمل الموظفون غير المرخص لهم طبيياً في مدرسة طفلي التدريب المطلوب من المنطقة التعليمية. في حال عدم وجود شخص مُرخص طبيياً، مثل ممرضة المدرسة، يُسمح فقط للموظفين المُعينين والمدربين بأداء هذه المهمة.

إذا كان هذا الدواء ضرورياً للأنشطة اللامنهجية، أوافق على تقديم جرعة منفصلة لموظفي المدرسة المشرفين على أنشطة طفلي اللامنهجية.

توقيع ولي الأمر/الوصي: _____

التاريخ

هاتف أثناء النهار

عنوان المنزل: _____

Medication Intake / Sign Out

Students
5330 F1a
Page 2 of 2
Revised 5/14/25

Student name: _____

Medication: _____

Date	Time	Quantity	Initials		Event Description - list INTAKE or SIGN OUT AND additional details (i.e., field trip, med request, med error, wasted etc)	Date Returned	Time Returned	Quantity Returned	Initials Returned	

Month	AUG	SEPT	OCT	NOV	DEC	JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUN
Discrepancy	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Initials											

Disposal Directions:
 All meds should be returned to parent/guardian of appropriate student. If multiple attempts were made unsuccessfully, please complete the following procedure.
 All non-controlled medications should be disposed of in sharps container in the presence of the building administrator or SRO.
 All controlled medications should be disposed of in the community prescription drug drop box.
 All controlled medication must be disposed of in the presence of two (2) staff members, one of which must be the SRO or an administrator. Both signatures are required.

 Date Medication Dose Qty Manner of disposal Signature Signature