العلاج/ ترخيص الإجراءات

أسم الطالب: _____ رقم الهوية: _____ تاريخ الميلاد: _____

المدرسة: _____ الصف: _____

التشخيص 1: _____ التشخيص 2: _____

إذن الأبوين

أنا أطلب ذلك بأن طفلي _____، تلقي وصفة علاج(علاجات) أو إجراءات في الوقت المشار إليها وكما تم تعيينه من قبل مزود خدمة الرعاية الطبية الخاص بها/ به.

أنا مسؤول عن جلب وصفة العلاج(العلاجات) إلى المدرسة في حاوية ذات علامة من الصيدلي. كذلك أنا أتفهم بأنني مسؤول على إدامة كمية كافية من العلاج(العلاجات) و/ أو تجهيزات في المدرسة. الفشل في فعل هذا سيؤدي إلى إنقطاع أو توقف إعطاء العلاج/ الإجراء الطبي لطفلي. أنا أتفهم لو أن طفلي يرفض أخذ العلاج(العلاجات) الموصوفة أو السماح بالإجراء، القوة لن تستخدم من قبل موظفوا المدرسة لجعل طفلي يلتزم.

موظفون المدرسة لديهم الإذن للأتصال بمزود الرعاية الصحية بشأن العلاج(العلاجات) و/ أو الإجراء المقرر. بإمكاني أن ألغي الأذن الخاص بي بأي وقت.

يؤكد توقيعي بأني قرأت هذه الاستمارة وأقر بأنه ممكن إيجاد نسخة من *إعطاء العلاج والإجراءات في دليل حقوق ومسؤوليات وانضباط الطالب/ الأبوين.*

توقيع الأبوين/الوصي القانوني _____ رقم الهاتف _____ التاريخ: (الشهر/اليوم/السنة) _____

ترخيص مزود الرعاية الصحية:

أنا أكتب وصفة للعلاج والإجراءات الآتية للطالب إعلاه الذي يتم إدارته أو أداؤه في المدرسة.

يومياً

أسم العلاج اليومي (عام وأسم ماركة)	الجرعة/ تكرار	مرة(مرات) (صباحاً/ مساءاً):	البدأ التاريخ	التوقف التاريخ	معاكس محتمل أعراض جانبية أو موانع

PRN

أسم علاج PRN (عام وأسم ماركة)	الجرعة/ تكرار	مرة(مرات) (صباحاً/ مساءاً):	تاريخ البدأ	تاريخ التوقف	معاكس محتمل أعراض جانبية أو موانع

الإجراءات

أسم الإجراء (CIC، فحوصات الغلوكوز، شفط، ألخ)	الجرعة/ تكرار	مرة(مرات) (صباحاً/ مساءاً):	البدأ التاريخ	تاريخ التوقف	مقاييس المراقبة

سوف تكون الطلبات أعلاه نافذة لمدة سنة واحدة من تاريخ التوقيع من قبل مزود الخدمة الطبية، ما لم يتم إيقاف أو تغيير أو سحب الطلبات كتابةً من قبل الأبوين/ الوصي قبل إنقضاء ذلك الوقت.

توقيع مزود الخدمة الطبية _____ رقم الهاتف/الفاكس _____ التاريخ: (الشهر/اليوم/السنة) _____

أسم مزود الخدمة الطبية مطبوع _____ عنوان مزود الخدمة الطبية _____

MILWAUKEE PUBLIC SCHOOLS

مسؤوليات الأبوين لإعطاء العلاج في المدرسة

متى أمكن، يجب ان تُعطى وصفات العلاج لأطفال المدرسة من قبل الأبوين/ الوصي في البيت. من الضروري أن تُعطى وصفة العلاجات خلال اليوم الدراسي، يجوز لمدير المدرسة أو الأشخاص المعينين من قبل مدير المدرسة كتابةً، أن يعطوا العلاجات الموصوفة للطلبة وفق الشروط المقررةالآتية:

1. لن يتم إعطاء علاجات الوصفات للطالب من قبل أي موظف في مدارس ملواكي العامة ما لم تكتمل استمارة *ترخيص العلاج/ الإجراء* من قبل مزود خدمة الرعاية الصحية بملف في المدرسة. الاستثناء الوحيد لهذا هو علاج الطوارئ الابينفرين المُعطى من قبل بروتوكول التمريض لمدارس ميلواكي العامة.

2. تتطلب استمارة *ترخيص العلاج/ الإجراء*:
   - إرشادات لإعطاء العلاج مكتوبة بوضوح موقعة من قبل مزود خدمة الرعاية الصحية
   - الوقت خلال اليوم الدراسي لكي يُعطى العلاج.
   - كمية الجرعة
   - موافقة موقعة من قبل الوالدين/الوصي

3. ممكن الحصول على استمارة *ترخيص العلاج/ الإجراء* في مكتب المدرسة خلال ساعات عمل المدرسة الاعتيادية. تقع على عاتق الأبوين/ الوصي مسؤولية إكمال استمارة *ترخيص العلاج/ الإجراء* في ملف في المدرسة قبل إمكانية إعطاء أي علاج للطالب في المدرسة. الاستمارة متوفرة أيضا على موقع مدارس ملواكي العامة، أبحث "Medication/Procedure Permission Form"

4. تكون استمارة *ترخيص العلاج/ الإجراء* نافذة لمدة سنة واحدة من تاريخ التوقيع من قبل مزود الخدمة الطبية، ما لم يتم إيقاف أو تغيير أو سحب الطلبات كتابةً من قبل الأبوين/ الوصي قبل إنقضاء ذلك الوقت.

5. إن كان هناك تغيير في العلاج أو كمية الجرعة أو وقت إعطاء الدواء، يجب عليك الحصول علىاستمارة *ترخيص علاج/ إجراء* جديد وتملى من قبل مزود خدمة الرعاية الصحية في ملف في المدرسة. لا يسمح بتغيير جرعة إعطاء العلاج دون استمارات ترخيص مناسبة.

6. يجب إحضار كافة العلاجات إلى المدرسة من قبل الأبوين/الوصي. يجب أن يكون العلاج(العلاجات) الوصفة في صندوق الصيدلية ذو العلامة ويوضح علاج الطالب والجرعة بوضوح. العلاج(العلاجات) الذي لا يستوجب وصفة طبية في صندوق الشركة المصنعة الأصلية. عندما يتم إحضار مادة خاضعة للرقابة إلى المدرسة، يجب التأكد والتوقيع المشترك من قبل مدير المدرسة أو الكادر على ظهر سجل إعطاء العلاج (سجل إعطاء العلاج). يجوز للوالدين أو الوصي مراقبة العد والعلامة على ظهر سجل إعطاء العلاج.

7. عندما يتم إيقاف علاج مقرر، تقع على عاتق الوالدين إخطار مدير المدرسة أو من ينوب عنه (مثلا، الممرضة) التي بدورها سترسل فاكس استمارة "ترخيص بإيقاف العلاج" إلى مزود خدمة الرعاية الصحية.