MILWAUKEE PUBLIC SCHOOLS

نموذج إبراء من الحيازة الذاتية وطريقة الحقن التلقائي لدواء أبِينيفرِين

التاريخ: _____

اسم الطالب: _____ رقم بطاقة التعريف: _____ تاريخ الميلاد: _____

المدرسة: _____ المرحلة الدراسية: _____

لقد تقرر إعطاء الطالب المذكور الحقنة التلقائية التالية من دواء أبِينيفرِين:

☐ .3 EpiPen® ملغم/.3 ملل ☐ .3 Twinject® ملغم/.3 ملل ☐ 0.3 Auvi-Q ملغم

☐ .15 EpiPen Jr.® ملغم/.15 ملل ☐ .15 Twinject® ملغم/.3 ملل ☐ .15 Auvi-Q ملغم

نطلب بالسماح للطالب المذكور أعلاه بان يحمل بنفسه حقنة تلقائية لدواء أبِينيفرِين.

تلقى الطالب تعليمات وهو يفهم الغرض والطريقة المناسبة لاستخدام الحقنة التلقائية لدواء أبِينيفرِين. سيقوم موظف مدارس ميلووكي العامة بالاتصال على الفور بالخدمات الطبية الطارئة / 911 والوالد / الوصي عندما يعرف بأن الطالب يستخدم طريقة الحقن التلقائي للدواء.

نحن، مقدم الرعاية الصحية الموقّع أدناه والأب / الوصي، نبرئ المنطقة التعليمية لمدارس ميلووكي العامة وموظفيها ووكلائها وموظفيها الإداريين من أية مسؤولية عن الضرر الذي قد يحدث من جراء استخدام طريقة الحقن التلقائي للدواء.

اسم مزود الرعاية الصحية _____ توقيع مزود الرعاية الصحية: _____

اسم الأب/الوصيّ القانوني، _____ توقيع الأب/الوصيّ القانوني، _____

اسم الممرض/ة _____ توقيع الممرض/ة _____

اسم مدير المدرسة _____ توقيع مدير المدرسة _____

القانون التشريعي: قانون ويسكونسن المادة 118.292 absolve