

Licensed Health Care Provider (LHCP) Authorization for Administration of Emergency Anticonvulsant



اسم الطالب: _____ تاريخ الميلاد: _____ الصف: _____ العام الدراسي: _____

المدرسة: _____ اسم ولي الأمر / الوصي: _____

هل سبق أن تلقى هذا الطالب مضاد الزنوبات في حالات الطوارئ؟ ☐ نعم ☐ لا تاريخ آخر إعطاء: _____

اسم دواء الطوارئ: _____

نوع النوبات: _____

This Portion to be Completed by a Licensed Health Care 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 _____ / _____ / _____.

LHCP's Signature: _____ Date: _____

Clinic Stamp

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

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

إذن ولي الأمر/الوصي

سأوفر الدواء بنفسه في عيونه الأصلية، مع وجود ملصق من الصيدلية يحمل اسم الدواء، والجرعة التي يجب تناولها، ووقت تناول الدواء خلال اليوم. اسم مقدم الرعاية الصحية المرخص موجود على الملصق. إذا ثبتت لكمية من الدواء بعد نوبة الأفعال، سأستلمها من المدرسة أو أفهم أنه سيتم إنقاذها.

توقيع ولي الأمر/الوصي: _____ التاريخ: _____

توقيع الطالب (الحمل الذاتي): _____ التاريخ: _____

Nurse Signature: _____ التاريخ: _____

مسؤول إعطاء الدواء في المدرسة

يجب إعطاء الدواء في المدرسة فقط عند الضرورة. يتواجد موظفو غرفة الصرحة المدرسية فقط خلال ساعات الدوام المدرسي وال تظل مقفولة طوال نذرة أنشطة الزدية بعد المدرسة، أو التدريلت/اللاعب الرياضي، أو الجفالت الموسيقي، أو الجفالت الرياضية، أو أي فعالية أخرى نرعاها المدرسة. إذا اضطر الطالب لنناول أدوية موصوفة عن طريق اللم أو موضعية، أو قطرات للعين، أو قطرات أذن، أو أدوية بخاخ أذف معدة مسبقاً، أو أدوية حساسية مبنقة للحياة خلال ساعات الدوام المدرسي أو عندما يكون الطالب تحت إشراف موظفي المنطقة التعليمية وخلال الفعاليات المدرسية الرسمية، يقوم المدرس بتدريه وتقوم ممرضة المدرسة بإعطاء الأدوية وتدير خطة للوصول إلى الأدوية. يجب أن يكون للدواء الذي سيعطى في المدرسة مذكورة طبية لكتبية تحمل توقيع مختص الرعاية الصحية المرخص وضمن نطاق صلاحياته لوصرف الأدوية، مع توقيع ولي الأمر/ الوصي. يتحمل أولياء الأمور/ الوصياء مسؤولية تدبير الأدوية ومسئوليات العلاج الطفالهم. يجب أن يكون الدواء في عبوته الأصلية بلصق يحمل التبيات الصحيحة. يشمل ذلك أي أدوية تصرف بدون وصفة طبية. يجب على أولياء الأمور/ الوصياء الذين يرغبون في أن يحمل الطالب الأدوية بنفسه ويغطيها لنفسه بذلك مسئول تدبير أوامر أدوية تحمل توقيع مختص الرعاية الصحية المرخص وتنبص على هذه الخطة صراحة. ملاحظة: ال يسمح للطالب بحمل المواد الخاضعة للرقابة بأنفسهم. ال يُنصح للطالب في الصفوف من الروضة حتى الصف الخامس بحمل الأدوية بأنفسهم. الطالب الذين يحملون الأدوية بأنفسهم ال يخضعون أولياء الأمور/ الوصياء من التحديث الصحي السنوي، وال أوامر تفويض الأدوية، وال خطة الرعاية الصحية في كل عام دراسي. متى أمكن، نحث ولي الأمر/ الوصي ومختص الرعاية الصحية المرخص على وضع جدول دوائي لإعطاء الأدوية إذا كان الطالب يشارك في أنشطة نرعاها المدرسة خارج ساعات اليوم الدراسي العادية. ال نتحمل منطقة إدموندز التعليمية أي مسؤولية عن الأثر الربية الناجمة عن إعطاء الدواء حسب أمر مختص الرعاية الصحية المرخص. ال تشارك منطقة إدموندز التعليمية المعلومات الصحية الخاصة مع جهات خارجية دون موافقة مكتوبة صريحة.

بالضافة إلى ذلك، تسمح القوانين 210.260.RCW، 210.355.RCW، و210.330.RCW أولياء أمور الطالب المصابين بالصرع أو البكري أو قصور الغدة الكظرية باختيار "بالع مع من قبل ولي الأمر" لتفيم الرعاية التمريضية بتوجيهات ولي الأمر في المدرسة.

قبل المشاركة في الرحلات الميدانية، أو الرياضة، أو الزدية، يجب على أولياء أمور/ الوصياء الطالب الذي يعاني من حالات صحية استشارة ممرضة المدرسة لوضع اعتبارات الرعاية للبيئة خارج المبني.

ال تمتد خطة الرعاية الصحية وال تطبيق على الأنشطة التي ال نرعاها المدرسة. إذا حضر الطالب برامج رعاية مبنقة قبل بعد المدرسة، أو شارك في أنشطة ال نرعاها المدرسة، يكون أولياء الأمور/ الوصياء مسؤولين عن إبلاغ قيادة البرنامج في ذلك الثبان باحتياجات أطفالهم من الرعاية الصحية والأدوية.

سيتم إكمال هذا الجزء من قبل ولي الأمر/ الوصي

أنا ولي الأمر/الوصي أأهم ما يلي:	لم يعد مطلوبا كعلاج، أو في نهاية العام الدراسي، أكون مسؤول عن استلام الدواء من المدرسة أو أفهم ق يحملها الطالب أو يتناولها بنفسه. في حال نشأت مشكلة تتعلباللمة، يحق لممرضة المدرسة إخطار بل الخطة الصحية للطالب سنوي لعكس الاحتياجات الصحية الحالية. سأقدم المعلومات الصحية، وأوامر مل البيانات الصحيحة، ومسئوليات العلاج.
تأجيل: ☐ بوضع عالمة على هذا المربع، أأمنح الموافقة على إعادة الأدوية	غير الخاضعة للرقابة إلى الميزل مع الطالب.
يشارك الطالب في:	
☐ ألعاب القوى	
☐ موسيقي	
☐ الزدية بعد المدرسة	
☐ أنشطة أخرى نرعاها المدرسة: _____	
يشير توقيع أي أدناه إلى أنني قد قرأت سياسة الأدوية ونفهمها وسألتزم بها.	
توقيع ولي الأمر/الوصي:	التاريخ: _____
توقيع الطالب (الحمل الذاتي):	التاريخ: _____