



وحدة كاربون ليهاي الوسيطة #21
شكل تغذية أنبوب استئصال المعدة

يجب أن يتم تعبئة هذا النموذج من قبل مقدم رعاية صحية مرخص.

اسم الطالب: _____ تاريخ الميلاد: _____

نوع جهاز فتح المعدة الموضوع: _____

آخر تغيير: _____ حجم البالون: _____
نوع الصيغة: _____

طريقة توصيل الحليب الصناعي: ☐ مضخة ☐ Gravity/حقنة كيس: ☐ الجاذبية ☐ دفع

المعدل (إذا كان المضخة): _____

الحجم: _____ التكرار: _____

هل تم فحص البقايا؟ ☐ نعم، ☐ No البروتوكول يجب اتباعه إذا انتهى الباقي. CC _____

البروتوكول المتبقي الذي سيتبعه: _____

بروتوكول التدفق: _____

تردد التهوية: _____ المدة: _____

الأدوية التي تعطى عن طريق فغر المعدة خلال ساعات الدراسة: ☐ نعم ☐ لا

*إذا تم وصف الدواء، يلزم نموذج تفويض إدارة الأدوية.

التغذية الفموية بالإضافة إلى فتحة المعدة: ☐ نعم ☐ لا NPO

إذا كانت الإجابة نعم، يرجى وصف: _____

بروتوكول إزاحة الأنبوب/الأزارار: في حال انفصل زر أنبوب فغر المعدة، سيتم تغطية الموقع، وسيتم إبلاغ الوالد/الوصي فوراً.

تفويض مقدم الخدمة المرخص:

اسم المزود: _____

توقيع مقدم الخدمة: _____ التاريخ: _____

تفويض الوالد/الوصي:

بتوقيع الأسفل، أمانح الإذن لموظفي الرعاية الصحية في المدرسة بإدارة تغذية ورعاية طالب في منطقة الهضم وفقاً لأمر مقدم الرعاية أعلاه. وأقر أيضاً أنني مسؤول عن توفير جميع المستلزمات اللازمة لرعاية فغر المعدة أثناء وجود طالب في المدرسة، وعن تحديث ممرضة المدرسة بأحدث الطلبات من المتخصص الصحي المرخص.

اسم الوالد/الوصي: _____

توقيع الوالد/الوصي: _____ التاريخ: _____

يوليو 2026