



وحدة كاربون ليهاي الوسيطة #21

نموذج بروتوكول النوبة

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

اسم الطالب: _____ تاريخ الميلاد: _____

معلومات وتاريخ النوبات

النوع/الوصف:

المدة:

التكرار:

المحفزات:

هل لدى الطالب محفز للعصب المبهم؟ نعم ☐ لا ☐

إدارة الطوارئ (أدوية، مغناطيس VNS، إلخ):

الدعم والاستجابة من قبل موظفي الصف:

- تواصل مع ممرضة المدرسة (اتصل بالإسعاف فوراً إذا لم تكن هناك ممرضة متاحة)
- ابق هادئاً وابق مع الطالب
- حافظ على سلامة الطلاب وإزالة الأشياء الضارة
- قلب الطالب على جانبه لدعم مجرى الهواء
- لا تضع أي شيء في فمهم أو تقيد الحركة
- لاحظ نشاط النوبات وتوقيت النوبة من البداية إلى النهاية

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

تفويض مقدم الخدمة المرخص:

اسم المزود: _____ التاريخ: _____

توقيع مقدم الخدمة: _____

تفويض الوالد/الوصي:

اسم الوالد/الوصي: _____ التاريخ: _____

توقيع الوالد/الوصي: _____