

HS 500 AR

Authorization for Administration of Medication at School and

School Sponsored Events

RCW.28A.210.260 and 270, WAC 110-300-0215, SB Policy 3416 and 3416P

**Edmonds
School District**

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

المدرسة: _____ اسم ولي الأمر / الوصي: _____

ينطبق على: ☐ ألعاب القوى ☐ معسكر / مدرسة خارجية ☐ رحلات ميدانية ☐ المدرسة ☐ الأحداث التي ترعاها المدرسة
هل لدى الطالب احتياجات دوائية رحلة ليلية محتملة؟

This Portion to be Completed by a Licensed Healthcare Professional (LHCP)

(e.g., MD, DO, ARNP, DDS, etc.)

Diagnosis/ Condition	Medication	Dose	Route	Time/ Frequency	Side Effects	*Self Carry	*Self Administer
						Y N	Y N
						Y N	Y N
						Y N	Y N
						Y N	Y N
						Y N	Y N
						Y N	Y N

*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 ____/____/____.

Clinic Stamp

LHCP's Signature: _____ Date: _____

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

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

يتم إكمال هذا الجزء من قبل الوالد / الوصي

يجب أن أجهز الدواء في الحاوية الأصلية ، التي تحمل علامة الصيدلية باسم الدواء ، والكمية التي يجب تناولها ، والوقت من اليوم الذي يجب تناوله. اسم المهني الصحي المرخص موجود على الملصق. إذا بقي الدواء بعد العلاج ، فسوف أستم الدواء من المدرسة أو أفهم أنه سيتم تدميره.

حدد ما إذا كان ذلك ممكناً:

إعطاء الدواء المجدول للطالب في أيام الإصدار المبكر. الوقت: _____ نعم ☐ لا ☐
إعطاء الدواء المقرر للطالب في نصف يوم. الوقت: _____ نعم ☐ لا ☐

هل لدى الطالب احتياجات دوائية لرحلة ليلية محتملة؟ نعم ☐ لا ☐
إذا كانت الإجابة بنعم ، فقم بإدراج الأدوية التي يتم تناولها عادة خارج ساعات الدوام المدرسي أدناه.
(على سبيل المثال: إيبوبروفين ، أدوية ADHD ، الميلاتونين ، الفيتامينات ، إلخ.)

توقيع ولي الأمر / الوصي: _____ التاريخ: _____
(توقيع الطالب (حمل ذاتي) Date: _____

School Nurse Signature: _____ Printed Name: _____ Date: _____

إدارة الدواء في المدرسة

ولا تظل مفتوحة طوال مدة نوادي ما بعد المدرسة أو الممارسات / الألعاب الرياضية أو الحفلات الموسيقية أو الرقصات أو غيرها من الأحداث التي ترعاها المدرسة. إذا كان يجب أن يتلقى الطالب دواء موصوفاً عن طريق الفم أو موضعياً ، أو قطرات للعين ، أو قطرات أذن ، أو أدوية رذاذ الأنف سابقة الخلط ، أو أدوية الحساسية المنقذة للحياة خلال ساعات الدوام المدرسي أو عندما يكون الطالب تحت إشراف موظفي المنطقة وللأحداث المدرسية الرسمية ، فسيقوم المدير بتعيين وممرضة المدرسة وستقوم بتدريب وتفويض موظفي المدرسة لإدارة الأدوية وتقديم خطة للوصول إلى الأدوية. يجب أن يكون للدواء الذي سيتم إعطاؤه في المدرسة أمر مكتوب موقع من قبل أخصائي رعاية صحية مرخص (LHCP) يعمل في نطاق سلطته الإلزامية وأن يكون له توقيع أحد الوالدين / الوصي. الأوصياء مسؤولون عن ضمان توفر الأدوية ومستلزمات العلاج لطلابهم. يجب أن يكون الدواء في الحاوية الأصلية المصنفة بشكل صحيح. وهذا يشمل أي دواء بدون وصفة طبية. يجب على الآباء / الأوصياء الذين يرغبون في أن يحمل طلابهم الأدوية ذاتياً وإدارتها ذاتياً بشكل مستقل تقديم أوامر أدوية موقعة من LHCP تنص صراحة على هذه الخطة. ملاحظة لا يسمح للطلاب بحمل المواد الخاضعة للرقابة الذاتية. لا ينصح الطلاب في صفوف K-5 بالحمل الذاتي. الطلاب الذين يحملون الأدوية بأنفسهم لا يعفون الوالدين / الأوصياء من التحديث الصحي السنوي وأوامر ترخيص الدواء وخطة الرعاية الصحية كل عام دراسي. كلما كان ذلك ممكناً ، يتم حث الوالد / الوصي و LHCP على تصميم جدول زمني للأدوية لإدارة الدواء إذا كان الطالب يشارك في الأنشطة التي ترعاها المدرسة خارج ساعات اليوم الدراسي العادية. لا تتحمل منطقة إدموندز التعليمية المعلومات الصحية الخاصة مع كيانات خارجية دون موافقة كتابية صريحة. LHCP. لا تشارك منطقة إدموندز التعليمية المعلومات الصحية الخاصة مع كيانات خارجية دون موافقة كتابية صريحة.

بالإضافة إلى ذلك، RCW 28A.210.355، RCW 28A. 210.260، و RCW 28A.210.330 تسمح لأولياء أمور الطلاب المصابين بالصرع أو مرض السكري أو قصور الغدة الكظرية باختيار "شخص بالغ معين من قبل الوالدين" لتقديم الرعاية التمريضية الموجهة من قبل الوالدين في المدرسة.

قبل المشاركة في الرحلات الميدانية ، وألعاب القوى ، والنوادي ، وما إلى ذلك ، يجب على أولياء الأمور / الأوصياء على الطالب الذي يعاني من ظروف صحية التشاور مع ممرضة المدرسة لتطوير اعتبارات الرعاية للبيئة خارج المبنى.

لا تمتد خطة الرعاية الصحية وتنطبق على الأنشطة غير التي ترعاها المدرسة. إذا حضر الطالب برامج الرعاية الممتدة قبل / بعد المدرسة ، أو شارك في أنشطة غير مدرسية ، فإن الآباء / الأوصياء مسؤولون عن إخطار قيادة برنامج هذا الكيان باحتياجات الرعاية الصحية والأدوية لطلابهم.

يتم إكمال هذا الجزء من قبل الوالد / الوصي

أنا الوالد / الوصي يفهم:

عندما يتم إخطاري من قبل موظفي المدرسة بأن الدواء قد انتهت صلاحيته ، أو لم يعد مطلوباً كمسار علاجي ، أو في نهاية العام الدراسي ، فأنا مسؤول عن جمع الدواء من المدرسة أو أفهم أنه سيتم تدميره . لا تتحمل منطقة مدارس إدموندز أي مسؤولية عن الأدوية التي يتم حملها ذاتياً وإدارتها ذاتياً . في حالة ظهور مشكلة تتعلق بالسلامة ، يحق لمرضة المدرسة إخطار الوالد / الوصي / الطالب والتوقف عن امتياز العلاج الذاتي. سيتم تعديل الخطة الصحية للطالب سنوياً لتعكس الاحتياجات الصحية الحالية. سأقدم المعلومات الصحية وأمر ترخيص الأدوية والأدوية غير المنتهية الصلاحية في حاوية مصنفة بشكل صحيح ومستلزمات العلاج.

اختياري: ☐ من خلال تحديد هذا المربع ، أوافق بموجب هذا على إعادة الأدوية غير الخاضعة للرقابة إلى المنزل مع الطالب.

يشارك الطالب في:

اللاعب القوي

موسيقى

نوادي ما بعد المدرسة

الأنشطة الأخرى التي ترعاها المدرسة _____

يشير توقيعني أدناه إلى أنني قد قرأت وفهمت وسألتزم بسياسة الدواء.

توقيع الوالد / الوصي: _____ التاريخ: _____

توقيع الطالب (حمل ذاتي): _____ Date: _____