

Administration of Prescription Medication Form**نموذج إصدار وصفة الدواء****Parent/Provider Request for School Personnel to Give Prescription Medicine**

طلب ولي الأمر / مقدم الخدمة لموظفي المدرسة إعطاء الأدوية الطبية

School / المدرسة: _____ Grade / الصف: _____ Homeroom / الهومروم: _____

School Fax / رقم الهاتف للفاكس تابع للمدرسة: _____

Cincinnati Board of Education policy, Section 5330, requires consent of the parent, guardian, or eligible student 18 years or older before medication (including prescription medication, inhalers, Epinephrine, etc.) can be given to a student by school personnel. The following information is necessary to comply with this policy. Please **answer all questions** and return this completed form to your student's principal or school nurse.

تتطلب سياسة مجلس التعليم في سنسیناتي ، القسم 5330 ، موافقة الوالد أو الوصي أو الطالب المؤهل لمدة 18 عاماً أو أكبر قبل إعطاء الدواء (بما في ذلك الأدوية الموصوفة أو أجهزة الاستنشاق أو الإبيبينفرين أو ما إلى ذلك) للطالب من قبل موظفي المدرسة. المعلومات التالية ضرورية للامتثال لهذه السياسة. يرجى الإجابة على جميع الأسئلة وإرجاع هذا النموذج المكتمل إلى مدير المدرسة أو ممرضة المدرسة.

Student's Name / اسم الطالب: _____ Date of Birth / تاريخ الميلاد: _____

Home Phone / رقم هاتف المنزل: _____

Street Address / العنوان: _____ Apt. # / رقم الشقة: _____ City / المدينة: _____

State / الولاية: _____ Zip / الرمز البريدي: _____

TO BE COMPLETED BY THE STUDENT'S PROVIDER (Physician / Nurse Practitioner / Dentist)

تستكمل من قبل مقدم الطالب (طبيب / ممرض ممارس / طبيب الأسنان)

Name of Medication / اسم الدواء: _____ Dosage / الجرعة: _____

Time/Frequency - التكرار - الوقت: _____ How Administered طريقة اعطاء الدواء: _____ Date to Begin / تاريخ البدء: _____

Permission for this medication is only valid through the end of the current school year unless otherwise noted. EXCEPTION: For emergency medications for asthma, anaphylaxis, seizures or diabetes, this permission can be valid for 3 years. A provider order is required for any changes in this medication.

لا يسري إذن هذا الدواء إلا في نهاية السنة الدراسية الحالية ما لم يذكر خلاف ذلك. الاستثناء: بالنسبة للأدوية الطارئة للربو أو الحساسية المفرطة أو النوبات أو مرض السكري ، يمكن أن يكون هذا الإذن صالحاً لمدة 3 سنوات. مطلوب أمر من الطبيب لأية تغييرات في هذا الدواء.

Date to Terminate Emergency Medication / تاريخ إنهاء علاج الطوارئ: _____ (3 سنين-3 years)

Please attach an emergency action plan with procedures to be followed if emergency medication does not alleviate student's emergency.

يرجى إرفاق خطة عمل للطوارئ مع الإجراءات الواجب اتباعها إذا كان دواء الطوارئ لا يخفف من حالة الطوارئ للطالب.

For Epinephrine orders only: I have determined that this student is capable of possessing and using this auto injector/epipen appropriately and have provided the student with training in the proper use of the auto-injector.

لأوامر الابينفرن (Epinephrine) فقط: لقد قررت أن هذا الطالب قادر على امتلاك واستخدام هذا الحقن التلقائي / الابين (epipen) بشكل مناسب وقدم الطالب تدريباً على الاستخدام الصحيح للحاقن التلقائي.

Severe reactions that should be reported to the physician/ إبلاغ الطبيب بها / ردود الفعل الشديدة التي ينبغي إبلاغ الطبيب بها:

Special conditions for storage of drug / شروط خاصة لتخزين الدواء: _____

Provider's Signature / توقيع مقدمي الخدمات: _____ Date / التاريخ: _____

Provider's Name / اسم مقدمي الخدمات: _____

Emergency Phone # / رقم هاتف الطوارئ: _____

TO BE COMPLETED BY THE STUDENT'S PARENT OR ELIGIBLE STUDENT

أن يكتمل من قبل ولي أمر الطالب أو الطالب المؤهل

The medicine must be in pill, capsule, liquid, auto-injector or inhaler form, and must be clearly marked from the pharmacist. The label must show the student's name, medication name, dosage directions, doctor, and prescription number.

يجب أن يكون الدواء في شكل حبوب ، كيسولة ، سائل ، عن طريق الحقن التلقائي أو الاستنشاق ، ويجب أن يكون واضحاً من الصيدلي. يجب أن يُظهر الملصق اسم الطالب واسم الدواء طريقة أخذ الجرعة والطبيب ورقم الوصفة.

Pharmacy / الصيدلية : _____ Phone Number / رقم الهاتف : _____

As the parent/guardian of this student (or eligible student), I give permission for the principal or designee to administer the prescribed medication. The undersigned agrees not to file or make any claim for negligence in connection with the administration or non-administration of this medicine(s) and further agrees to hold them harmless from any liability incurred as a result of the administration or non-administration of any medicines. I will inform the school if there is a change in any of this information.

بصفتي ولي الامر / الوصي على هذا الطالب (أو الطالب المؤهل) ، أعطي إذنًا لمدير المدرسة أو من ينوب عنه لإصدار الدواء الموصوف. يوافق الموقع أدناه على عدم تقديم أو تبليغ بأي مطالبة بالإهمال فيما يتعلق بإصدار هذا الدواء (الأدوية) أو عدم إصدار، ويوافق كذلك على جعله غير ضار من أي مسؤولية يتم تكبدها نتيجة بإصدار أو عدم إصدار أي أدوية. سوف أبلغ المدرسة إذا كان هناك تغيير في أي من هذه المعلومات.

Please check the following if applicable:

يرجى التحقق مما يلي إذا كان ذلك قابل للتطبيق:

For Students with Asthma

_____ As the parent/guardian of this student, or myself, an eligible student, I authorize the student (or myself) to possess and use an asthma inhaler as prescribed, at the school and any activity, event, or program sponsored by or in which the student's school participates.

الطلاب المصابين بالربو :

_____ بصفتي الوالد / الوصي على هذا الطالب ، أو أنا شخصياً ، طالباً مؤهلاً ، أذن بذلك امتلاك جهاز الاستنشاق بالربو واستخدامه على النحو المنصوص عليه في المدرسة وأي نشاط أو حدث أو برنامج ترعاه أو تشارك فيه مدرسة الطالب.

For Students with EpiPen/Twinject/Auto Injector:

_____ As the parent/guardian of this student, or myself, an eligible student, I authorize the student to possess and use an Epinephrine Auto-Injector, as prescribed, at the school and any activity, event, or program in which the student's school participates. I understand that a school employee will immediately request assistance from an emergency medical service provider if this medication is administered. **I will provide a backup dose of the medication to the school as required by law.**

للطلاب مع EpiPen / Twinject / الحاقن التلقائي

_____ بصفتي الوالد / الوصي على هذا الطالب ، أو أنا شخصياً ، طالباً مؤهلاً ، أذن للطالب بامتلاك واستخدام حاقن إبيبينفرين التلقائي ، على النحو المنصوص عليه ، في المدرسة وأي نشاط أو حدث أو برنامج تشارك فيه مدرسة الطالب. أتفهم أن موظفًا في المدرسة سيطلب على الفور المساعدة من أحد مقدمي الخدمات الطبية الطارئة إذا تم إعطاء هذا الدواء. سأقدم جرعة احتياطية من الدواء للمدرسة كما هو مطلوب بموجب القانون.

اسم ولي الأمر / الوصي/ الطالب المؤهل (يرجى الطباعة) / Name of Parent / Guardian / Eligible Student (please print) /

Signature of Parent / Guardian / Eligible Student / توقيع ولي الأمر / الوصي/ الطالب المؤهل / _____

Date / التاريخ: _____ Primary Emergency Phone / رقم هاتف الطوارئ الأساسي: _____

رقم هاتف الطوارئ الثانوي / Secondary Emergency Phone: _____