

REQUEST FOR MEDICAL PROCEDURE / NURSE DIRECTED MEDICATION ADMINISTRATION**طلب عمل إجراء طبي / إشراف الممرضة على إعطاء دواء**

طلب لخدمات الممرضة أثناء ساعات العمل المدرسي يتطلب أن تملأ هذه الفقرة مع مدير المدرسة . وسوف يستند النظر في هذا الطلب على الإرشادات التوجيهية في الصحة المدرسية . من فضلك أكتب إستجابتك لكل عنصر في هذه الإستمارة . سوف ينظر إلى الإستمارات الكاملة تماماً فقط .

School المدرسة	School Hours ساعات المدرسة	Teacher المدرس	Grade الصف
Student Name	Date of Birth		
Last الاسم الأخير	First الاسم الأول	Middle الأوسط	Date of Birth تاريخ الميلاد
Address العنوان	Telephone تليفون		
Medical Conditions (Optional) (إختياري) الحالة المرضية	Cell Phone الهاتف المحمول		

HEALTH CARE PROVIDER STATEMENT بيان يقوم بتكلمته مُقدم الرعاية الصحية

The health care provider may be a medical doctor (MD, DO), dentist (DDS), physician assistant (PA), or an advanced nurse practitioner (APRN/NP).

To be completed by health care provider- A new form is required each school year:

يقوم مُقدم الرعاية الصحية بتكلمة هذا الجزء - مطلوب أن تملأ إستمارة جديدة كل عام :

Type of Procedure:

نوع الإجراء

Frequency of Procedure:

عدد مرات التكرار

(For Tube Feedings Only)

للتغذية من خلال الأنابيب فقط

Type of Formula:

نوع الغذاء

Amount:

الكمية

Special Instructions: For suctioning, please give a description of physical conditions which would require suctioning ordered PRN:

تعليمات خاصة: للبدل/ الشفط ، من فضلك أعط شرحاً للحالة الجسمية و التي تتطلب أن تقوم الممرضة المسجلة (التي معها رخصة) بعمل البدل/ الشفط

Name of Drug:

اسم الدواء

Allergies:

الحساسية

Date to Start:

تاريخ البداية

Through:

حتى

Dosage, Route and Times at School:

الجرعة و أوقات أخذ الدواء في المدرسة

Special Instructions for Storage and Handling:

تعليمات خاصة بتخزين الدواء و التعامل معه

Possible Side Effects:

الأعراض الجانبية المحتملة

If the dose of this medication is different from the manufacturer's :

recommended dose range for the age or weight please include

your rationale for prescribing outside of these recommendations.

Health Care Provider Name:

اسم مُقدم الرعاية الصحية

Phone:

التليفون

Address:

العنوان

Fax :

الفاكس

Health Care Provider Signature:

توقيع الطبيب /مقدم الرعاية الصحية

Date:

التاريخ

Pursuant to HIPAA regulations, 45 C.F.R. §164.506 and § 1654.501, I may disclose protected health information regarding this student's treatment activities to be implemented by the school nurse program.

To Be Completed by Parent / Guardian يجب تكلمة هذا الجزء من قبل أحد الوالدين / الوصي

أنا أفهم أنني أطلب إجراء طبي/ إعطاء دواء لطفلي . أدرك أن شخصاً مؤهلاً لهذه المهمة سيقوم بعمل هذا الإجراء أو إعطاء هذا الدواء . إنني أدرك أن كل الأدوية التي سأقدمها للمدرسة للإستخدام يجب أن يكون مكتوب عليها الإرشادات من قبل الصيدلي وتكون في حاويتها (غلبتها) الأصلية . إذا حدثت تغييرات خلال العام الدراسي ، يجب أن أقدم تصريح موقع من مُقدم الرعاية الصحية . أفهم أنه لإتمام هذه العملية الطبية بالشكل الصحيح قد يتطلب برنامج الممرضات من مقدم الرعاية الصحية بعض الإيضاحات لمساعدتهم في الأنشطة العلاجية التي قمت بطلبها . أفهم أنه من الممكن أن يقوم مُقدم الرعاية الصحية بالكشف عن بعض المعلومات الصحية المحمية أثناء التشاور مع ممرضة المدرسة .

Parent / Guardian Name: (Please Print)

اسم ولي الأمر / الوصي (اكتب بخط واضح)

Parent/ Guardian Signature

توقيع أحد الوالدين / الوصي

Date

التاريخ