

Arabic

**REQUEST FOR: ASSISTED SELF-ADMINISTRATION OF MEDICATIONS  
PRESCRIPTION and NON-PRESCRIPTION MEDICATIONS**

طلب من أجل : أخذ الدواء بشكل ذاتي في وجود مساعدة من أحد البالغين

الأدوية ذات الوصفة الطبية (الروشتة) والتي ليس لها وصفة طبية

الطلبات من أجل أن يأخذ الطالب الدواء بنفسه خلال ساعات الدوام المدرسي يتطلب أن تملئ هذه الإستمارة 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 تاريخ الميلاد
Address العنوان	Telephone تليفون		
Medical Conditions (Optional) (اختياري) الحالة المرضية	Cell Phone الهاتف المحمول		

**HEALTH CARE PROVIDER STATEMENT** بيان مقدم 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. If non-prescription medication, parent must fill out this form**

Name of Drug / Purpose of Drug : \_\_\_\_\_

Date to Start: \_\_\_\_\_ through \_\_\_\_\_

Dosage, Route and Times at School \_\_\_\_\_

Does this medication absolutely need to be administered during school hours?  Yes  No If yes, explain: \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Special instructions for storage and handling: \_\_\_\_\_

Possible side effects: \_\_\_\_\_

Health Care Provider Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Health Care Provider Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

(For prescription medications)

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 Metro Nashville Public School and the school nurse program.

**STUDENT AND PARENT STATEMENTS** إقرار ولي الأمر والطالب

*I take full responsibility for taking my own medication during school hours as prescribed by my health care provider. Medicine bottles will have the proper pharmacy label. If non-prescription medication, it must be in original container.*

أنا أتولى المسؤولية الكاملة لأخذ دوائي الخاص أثناء ساعات اليوم المدرسي ، حسب وصفة الطبيب المختص . الأدوية ستكون في الزجاجات الأصلية وعليها الملصق الأصلي من الصيدلية . إذا كان من غير وصفة طبية فيجب أن يكون في علبة الأصلية .

Student Signature توقيع الطالب \_\_\_\_\_ Date التاريخ \_\_\_\_\_

*I give consent for my child (name) \_\_\_\_\_ :أنا أعطي تصريح لأبني \_\_\_\_\_ to take his/her own medication during the school day assisted by school personnel as necessary* لكي يأخذ دوائه أثناء ساعات اليوم المدرسي بمساعدة موظف بالمدرسة عند الضرورة

أنا أوافق على أن نظام مدارس متروبوليتان ناشفيل العامة وموظفيه ووكلائه لا يتحملون أي مسؤولية عن أي ضرر ناتج عن إقتناء ابني وتناوله الدواء الموصف بالأعلى بنفسه أثناء تواجده على أرض المدرسة أو في أي حدث مرتبط بالمدرسة . سأعوض وأعفي MNPS وموظفيها ووكلائها ضد الشكاوي المقدمة ضد حيازة الدواء الموصف بالأعلى أو أخذه بشكل ذاتي من قبل ابني . أنا أدرك أن كل الأدوية ذات الوصفة الطبية المقدمة للمدرسة للإستخدام يجب أن يكون مكتوب عليها الإرشادات من قبل الصيدلي وتكون في حاويتها (علبتها) الأصلية والأدوية التي ليس لها وصفة طبية تكون في حاويتها الأصلية . أنا أدرك أنه لكي تؤدي هذه المساعدة في تناول الدواء بشكل لائق ، فإن ممرضة المدرسة قد تتطلب توضيحاً من مقدم الرعاية الطبية لمساعدتهم في أنشطة العلاج التي طلبتها . أنا أتفهم أن مقدم الرعاية الصحية يمكن أن يفصح عن المعلومات الطبية المحمية في الإستشارة مع ممرضة المدرسة .

إن ابني مؤهل لأخذ الدواء بنفسه مع وجود مساعدة من بالغ  نعم / yes  لا / No (أختر واحدة)

Parent/Guardian Signature توقيع ولي الأمر / الوصي \_\_\_\_\_ Date التاريخ: \_\_\_\_\_

Phone Number (in case of emergency) ( رقم التليفون ( في حالة الطوارئ ) ) \_\_\_\_\_