

تفويض بتنفيذ خطة علاج صحي

المدرسة: _____ تاريخ الميلاد: _____ الطالب: _____

يتعين على مسؤول رعاية الأطفال (CCC) أن يحصل على تفويض خطي خاص من ولي الأمر/الوصي قبل تقديم أي علاج طبي بما في ذلك التعامل مع العلاج الدوائي. هذه الموافقة الخطة تمنح موظفي المدرسة المتدربين أو مسؤول رعاية الأطفال تفويضاً بتطبيق التدخل الطبي.

عندما يقوم أولياء الأمور/الأوصياء بتفويض ولدهم بالعلاج الطبي سواء في المدرسة أو في برنامج رعاية أطفال المدارس SACC، فإن هذا التفويض على منح الإذن لأخصائي الصحة المدرسية بالتواصل مع محرر الوصفة الطبية ومناقشة العلاج المطلوب. إن خطط العلاج الصحي التي لا توقع وتورخ من قبل ولي الأمر/الوصي لن يتم تطبيقها. تشمل الاتصالات المتعلقة بالوصفات الطبية على ما يلي:

- الوصفة العلاجية نفسها (مثلاً استفسارات حول الجرعة، طريقة تقديمها، أية تدخلات دوائية محتملة)؛
- تطبيق العلاج في المدرسة/برنامج SACC (مثلاً أسئلة حول المخاوف التي تهدد السلامة وحول التعامل مع الالتهاب أو حول المشكلات أو التعديل في العلاج بحيث يتلاءم مع البيئة المدرسية أو مع الجدول الدراسي للطالب)؛ و
- النتائج التي سيحصلها الطالب من العلاج (مثلاً استفسارات حول التأثيرات الجانبية الملحوظة وربما ردات الفعل الانتكاسية وكذلك رصد سلوك الطالب في الفصل).

أنا/نحن على علم بأن أي فرد من غير ذوي التخصص الطبي يمكنه أن يقوم بذلك الإجراء مع ولدي. وفقاً للمادة رقم 22.1-274 من قانون ولاية فيرجينيا، أوافق على ما يلي:

لا أحمل مجلس إدارة المدارس أو منسوبيه أو مسؤول رعاية الأطفال المسؤولية عن أي عواقب سلبية ناتجة عن قيام ولدي بتعاطي العلاج الدوائي بنفسه.

تعتبر هذه الخطة العلاجية الصحية سارية حالما تتم مراجعتها من قبل ممرضة المدرسة وولي الأمر و مسؤول رعاية الأطفال ومزود الرعاية الصحية حتى يحين موعد مراجعتها السنوية أو حتى يطرأ تغيير على الوضع الصحي لطالب.

اسم ولي الأمر/الوصي بأحرف طباعية _____ توقيع ولي الأمر/الوصي: _____ التاريخ _____

توقيع ممرضة المدرسة/مسؤول رعاية الأطفال بأحرف طباعية _____ توقيع ممرضة المدرسة/مسؤول رعاية الأطفال _____ التاريخ _____

موظف المدرسة/مسؤول رعاية الأطفال المدرب على تقديم العلاج:

الاسم بأحرف طباعية	التوقيع	توقيع المدرب	تاريخ التدريب