

تاريخ انتهاء
صلاحية الدواء:

مدارس مقاطعة برينس ويليام العامة تصريح لإعطاء الأدوية

معلومات الطالب: على ولي الأمر/الوصي إكمالها

الطالب: تاريخ الميلاد: العمر: الصف الدراسي:

المدرسة: تناول الطالب هذا الدواء من قبل؟ نعم لا

في حالة الإجابة بلا، يجب إعطاء الجرعة الكاملة الأولى في المنزل للحد من خطر وجود رد فعل سلبي للطالب في المدرسة. تم إعطاء الجرعة الأولى: التاريخ: الوقت:

الدواء الموصوف طبيًا: على مقدم الرعاية الصحية إكمالها (نموذج واحد لكل دواء)

اسم الدواء:

التشخيص/الحالة التي يُعطى بسببها الدواء:

الجرعة: المسار: وقت تناول:

المدة الزمنية: العام الدراسي غير ذلك:

الأثار الجانبية المحتملة: لا يتوقع حدوث شيء حدد:

توقيع مقدم الرعاية الصحية: التاريخ:

الاسم (بحروف طباعية)/الختم لمقدم الرعاية الصحية:

رقم هاتف مقدم الرعاية الصحية: الفاكس:

عنوان مقدم الرعاية الصحية:

الأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية: على ولي الأمر/الوصي إكمالها (نموذج واحد لكل دواء)

اسم الدواء:

سبب إعطاء الدواء:

الجرعة: المسار: وقت تناول:

المدة الزمنية: العام الدراسي غير ذلك:

الأثار الجانبية المحتملة: لا يتوقع حدوث شيء حدد:

تصريح ولي الأمر/الوصي:

بمجرد توقيعي أعطي الإذن لمن يكلفه المدير بإعطاء الأدوية التي تصرف بوصفة طبية/دونها وأعطي له الإذن أيضًا بالاتصال بمقدم الرعاية الصحية إذا لزم الأمر. كما أوافق على أخذ أي دواء غير مستخدم في نهاية العام الدراسي. وأفهم أن أي دواء لم يأخذه ولي الأمر/الوصي في نهاية العام الدراسي سيتم التخلص منه. لقد قرأت الإجراءات وأتحمّل المسؤولية حسب الاقتضاء.

توقيع ولي الأمر/الوصي: التاريخ:

Medication received (amount/description): _____

Medication received: _____ / _____

Health Office Staff Signature/Date

Parent/Guardian Signature/Date

Medication picked up by: _____ Date: _____

Parent/Guardian Signature