

موافقة مكتب التمريض على العلاج/المعلومات المتعلقة بحالات الطوارئ

الأدوية المتاحة بدون وصفة طبية

تتوفر الأدوية التالية لجميع الطلاب الذين تم توقيع/إرجاع نماذج الموافقة الخاصة بهم:

الأدوية المتاحة بدون وصفة طبية بعد التقييم من جانب ممرضة المدرسة، حال توفرها.

اشطب أي أدوية متاحة دون وصفة طبية أدناه لا تريد طفلك أن يتلقاها.

مرهم لعلاج الشفتين (Chapstick/Carmex/Blistex/Vaseline)، وما إلى ذلك)	أسيكامينوفين (Tylenol)
غسول	أيبوبروفين (Motrin)
كريم Hydrocortisone بتركيز 1%	Midol (فقط للطلاب الذين تبلغ أعمارهم 12 عامًا أو أكثر)
كريم للحروق	Tums
مسحات لتخفيف آلام اللدغات	أقراص السعال/أقراص استلاب للحلق
مسكنات آلام الأسنان/الغم الموضعية (Orajel/Anbesol)	ديفينهدرامين (Benadryl) (فقط لردود الفعل التحسسية)
مرهم مضاد حيوي (Neosporin/Bacitra، وما إلى ذلك)	المطهر الموضعي (كلوريد البنزلكونيوم)
غسول العين، محلول للإرواء	فوق أكسيد الهيدروجين
مرهم لعلاج الشفتين (Chapstick/Carmex/Blistex/Vaseline)، وما إلى ذلك)	

رسائل التذكير:

- سيتم إعطاء الأدوية المذكورة أعلاه فقط من قبل العاملين الطبيين المرخصين (ممرضة مساعدة مجازة [LPN] و/أو ممرضة مسجلة [RN] و/أو ممرضة ممارسة متقدمة مسجلة [APRN]) عند توفرهم في المبنى.
- لا يستطيع موظف المدرسة غير المرخصين إعطاء أي من هذه الأدوية، ولا يجوز إعطاؤها إلا من قبل طاقم طبي مرخص.
- لا يجوز لأي موظف آخر في المنطقة إعطاء هذه الأدوية. ولا يمكن إعطاء هذه الأدوية لأكثر من ثلاثة أيام متتالية دون مذكرة من مقدم الرعاية الصحية لطفلك.

الخدمات الأخرى المقدمة من قبل ممرضات المدرسة

التقييمات الصحية:

- تقييم التمريض للشكاوى الصحية وإدارة التمريض والإحالة حسب الحاجة
- فحوصات السمع
- فحوصات الأسنان
- فحوصات النظر
- التوعية والمتابعة المتعلقة بالتطعيم
- فحص الصحة الوقائية (APRN)

خدمات التربية الصحية:

- حالات الصحة البدنية
- التنقيف الصحي البدني والخاص بالأسنان
- التدريس في الفصول الدراسية عند الطلب حسبما يسمح الوقت
- خطط الصحة المدرسية

يرجى الاتصال بممرضة المدرسة إذا لزم الأمر

تحقق مما إذا كان طفلك يعاني من أي مما يلي:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> الربو | <input type="checkbox"/> السكري |
| <input type="checkbox"/> الاحتياجات التغذوية (بما في ذلك حساسية الطعام) | <input type="checkbox"/> أنبوب فغر المعدة |
| <input type="checkbox"/> الحساسيات (تجاه شيء غير الطعام) | <input type="checkbox"/> النوبات |
| <input type="checkbox"/> الحالات الصحية الأخرى (لحالات أخرى غير مدرجة أعلاه) | |

توفر ممرضات المدارس أيضًا تنسيق الرعاية من خلال العمل مع الطلاب وأولياء الأمور ومقدمي الرعاية الصحية لإدارة الاحتياجات الصحية المزمنة.

السرية

جميع السجلات الطبية هي ملك للمنطقة ومحمية بموجب قانون الخصوصية والحقوق التعليمية للأسرة (FERPA). لن تتمكن أي وكالة أخرى من الوصول إلى هذه السجلات دون موافقة كتابية منك. نحن نحمي خصوصية المعلومات الصحية الخاصة بطفلك من خلال:

- تقييد كيفية استخدامنا للمعلومات الصحية والكشف عنها.
- توفير الضمانات المادية (تأمين المكاتب ومرافق التخزين والحماية الإلكترونية والإجراءات).
- تدريب الموظفين حول إجراءات وسياسات الخصوصية.

موافقة مكتب التمريض على العلاج/المعلومات المتعلقة بحالات الطوارئ

يرجى إرجاعه إلى المدرسة

الموافقة على الخدمات الصحية في المدرسة
مدارس مقاطعة جيفرسون العامة
(502) 485-3387

معلومات الطفل/الطالب

الصف: _____ الفريق: _____ معلم الفصل: _____
الاسم الأخير للطفل: _____ الاسم الأول: _____
(يرجى ذكر الاسم القانوني الكامل للطفل.)
تاريخ ميلاد الطفل: _____ ذكر أنثى
عنوان الشارع: _____ المدينة: _____ الرمز البريدي: _____
ولي الأمر: _____ رقم الهاتف 1: _____ رقم الهاتف 2: _____
ولي الأمر: _____ رقم الهاتف 1: _____ رقم الهاتف 2: _____
الوصي القانوني: _____ رقم الهاتف 1: _____ رقم الهاتف 2: _____
جهة الاتصال في حالة الطوارئ غير ولي الأمر/الوصي: _____
رقم هاتف جهة الاتصال في حالة الطوارئ 1: _____ رقم الهاتف 2: _____
هل التحقق طفلك من قبل بإحدى مدارس مقاطعة جيفرسون العامة (JCPS)؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة نعم، ما المدرسة (المدارس) التي التحق بها طفلك في الماضي؟
يعاني طفلي من الحالة التالية التي تهدد حياته والتي قد تحتاج إلى علاج أو دواء طارئ (EpiPen، الجلوكاجون، أدوية النوبات الطارئة، جهاز استنشاق الربو، وما إلى ذلك) في المدرسة:
 السكري الربو النوبات الحساسية الشديدة الحساسية أو الحالات الأخرى:
هل طفلك يعاني من الحساسية تجاه: (ضع علامة على جميع الخيارات التي تنطبق.)
 الأدوية—يرجى كتابتها: _____
 الفول السوداني—وضح رد الفعل: _____
 شجرة الجوز—وضح رد الفعل: _____
 لسعة النحل/الدبور—وضح رد الفعل: _____
 غير ذلك—وضح رد الفعل: _____
التاريخ الطبي الآخر للطفل (أمراض القلب، السرطان/اضطرابات الدم، السلوك العاطفي، أنبوب فغر المعدة، وما إلى ذلك)
التاريخ الطبي المهم الذي يجب أن يعرفه الطاقم:
الأدوية التي يتم تناولها يوميًا: _____
التأمين الطبي للطفل
هل طفلك لديه بطاقة KY Medicaid؟ نعم لا Medicaid رقم: _____
التأمين الصحي الأخرى؟ نعم لا لا يوجد تأمين؟ نعم لا
مقدم الرعاية الصحية للطفل: _____ رقم الطفل: _____
طبيب أسنان الطفل: _____ رقم الهاتف: _____

الموافقة على الخدمات الصحية

أوافق على رعاية طفلي والتي قد تشمل الفحوصات والتقييمات والعلاج والإسعافات الأولية والأدوية المتاحة دون وصفة طبية كما هو مدرج في نموذج الموافقة على العلاج، وأي خدمات صحية أخرى مقدمة لي/لطفلي من قبل الموظفين/المتطوعين المرخصين من مكتب الصحة المدرسية. أدرك أن لدي الحق في رفض الموافقة على الخدمات الصحية المتعلقة بالنشاط الجنسي البشري أو منع الحمل أو تنظيم الأسرة كما هو موضح أدناه. أدرك أنه لا يتم تقديم أي ضمانات فيما يتعلق بتأثير أي فحص أو علاج عليّ أو على طفلي. أفوض مكتب الصحة المدرسية بتلقي ونشر المعلومات الطبية/الخاصة بطب الأسنان/التطعيمات/النظر الخاصة بطفلي إلى مدرسته الفردية أو مقدم الرعاية الصحية أو سجل التطعيمات أو مقدم خدمات الأسنان أو النظر حسب الحاجة أو عند الطلب.

التوقيع: _____

التاريخ: _____

الانسحاب من الخدمات الصحية المتعلقة بالنشاط الجنسي البشري أو منع الحمل أو تنظيم الأسرة

أرفض الموافقة على الخدمات الصحية المتعلقة خصوصاً بالنشاط الجنسي البشري أو منع الحمل أو تنظيم الأسرة.

التوقيع: _____

التاريخ: _____

(ولي الأمر/الوصي)

(تنتهي خلال عام واحد)

يمكن للمنطقة استخدام نموذج إلكتروني مكافئ إلى حد كبير بدلاً من هذا النموذج الورقي.

تمت المراجعة/التنقيح: 2023/08/29