

نموذج الإذن للطالب بحمل الإبينفرين و/أو إعطائه لنفسه

اسم الطالب: _____ تاريخ الميلاد: _____

بصفتي مقدم الرعاية الصحية، أشهد بأن هذا الطفل لديه تاريخ طبي من ردود الفعل التحسسية الشديدة وقد تم تدريبه على استخدام الدواء الموصوف، وهو قادر على حمل الإبينفرين وإعطائه لنفسه. يجب إخطار الممرضة أو موظفي المدرسة المعينين عند استخدام الدواء/الحقن. يدرك هذا الطفل مخاطر مشاركة الدواء مع الآخرين وقد وافق على الامتناع عن هذه الممارسة. أفهم أنه يجوز للمدرسة/برنامج رعاية الأطفال في سن المدرسة سحب الإذن بالحيازة والتناول الذاتي لدواء الطوارئ المذكور في أي وقت خلال العام الدراسي إذا تقرر أن الطالب قد أساء استخدام هذا الامتياز أو كان لا يتناول الدواء ذاتيًا بشكل آمن وفعال.

حمل الطالب الدواء

إعطاؤه لنفسه

توقيع الطالب _____ اسم الطالب بحروف طباعية _____ التاريخ _____

توقيع مقدم الرعاية الصحية _____ اسم مقدم الرعاية الصحية بحروف طباعية _____ التاريخ _____

توقيع ولي الأمر/الوصي _____ التاريخ _____

توقيع المدير/النائب _____ التاريخ _____