DREJTORIA ARSIMORE E FILADELFIAS/The School District of Philadelphia

SHERBIMI SHENDETESOR I SHKOLLES/School Health Services

KERKESE PER ADMINISTRMIN E MJEKIMIT, OSE PERDORIMIT TE PAISJEVE RESPIRATORE, OKSIGJENIT, OSE PAISJEVE TE TJERA NE SHKOLLE/REQUEST FOR ADMINSTRATION OF MEDICATION OR USE OF SUCTION, OXYGEN OR OTHER EQUIPMENT IN SCHOOL

Ju lutemi shihni mesazhin per mjekun dhe prindin ne pjesën mbrapa të formularit/Please see message to physician and parent on back of form)

Mjek, ju lutemi kini kujdes: Plotësoni të gjitha vendet. Mungesa e informacionit do të kthejë formularin tek ju. Kjo do të shkaktojë vonesën në trajtimin mjekësor të pacientit tuaj. Për çdo mjekim kërkohet një kërkesë e ndarë./Physician, Please note: Fill in all of the spaces. Missing information will cause the form to be returned to you. This will cause a delay in your patient receiving medication/treatment. A separate request is needed for each medication.

Emri Pacientit/Nxënësit/Name of patient/student	Adresa/Kodi/Address/Zip	Nr.Dhomës/Librit/Room/book No.

Datëlindja /DOB	Shkolla /School/ORG.#	Zyra Rajonale/ Regional Office	ID/PID

Diagnozat/Diagnosis:

Arsyet pse mjekimi duhet dhënë në shkollë/Reason medication must be given in school:
_____

Emri i Ilaçit/paisjes së trajtimit/Name of medication /equipment/treatment:	Doza/Dose
Koha që do t'i jepet në shkollë/Time(s) to be given in school:	Doza totale për 24 orë/Total dosage per 24 hrs.
Data e fillimit/Date begin:	Data e përfundimit/Date end:

Instruksione për përdorim/administrim/Instruction for administration/utilization:
_____

Translation and Interpretation Center
~~2/2012~~
Arabic

Indikacionet/Contraindications:
_____

Efektet anësore/Side effects:
_____

Trajtimi i efekteve anësore, veprimet që merren/Treatment of side effects/action to be taken:
_____

A ka kufizime në aktivitetet e nevojshme?/Is any restriction on activity necessary? ___Po/Yes ___Jo/No

Nëse po, përshkruajini/If yes, describe:_____

A merr nxënësi mjekime të tjera?/Is student taking any other medication? ___ Po /Yes ___ Jo /No

Nëse po, jepni emrat e mjekimeve/If yes, name of medications_____

A ka paisje të ngjashme në shtëpinë e fëmijës?Is similar equipment kept by the child's family at home? ___ Po /Yes ___ Jo /No

Emri i institucionit mjekësor/Print name of health care provider/credentials	Telefoni/Telephone
Adresa/Address	Numri në raste urgjencash/Emergency No.
Firma e institucionit mjekësor/Signature of health care provider	Data e firmosjes/Date signed

Për Drejtorin:

Unë autorizoj personelin e zgjedhur të shkollës të administrojë mjekimet e treguara, ose të përdorë paisjet ose makineritë, siç parashikohet nga institucioni mjekësor i fëmijës, firma e të cilit paraqitet në këtë formular.

Fëmija im mundet të vetë administrojë mjekimin/paisjen siç përcaktohet nga infermieri i shkollës.

Unë autorizoj infermierin e shkollës të komunikojë me institucionin mjekësor të fëmijës dhe institucionin tim mjekësor, sipas nevojave të kësaj paisjeje mjekësore dhe/ose përgjigjes së fëmijës/

To the Principal:

I authorize selected school personnel to administer the indicated medication, or to use the equipment or machinery as prescribed by my child's healthcare provider, whose signature appears on this form.

My child may self-administer medication/equipment as determined appropriate by the school nurse.

I authorize the school nurse to communicate with my child's healthcare provider, and my health care provider to reply, as needed regarding this medication/equipment and/or my child's response.

Firma e Prindit _____ Telefon _____
Parent signature Telephone

Data _____ Nr. Urgjencës_____
Date signed Emergency number

Në përputhje me proçedurat aktuale të Drejtorisë Arsimore, administrimi i këtij mjekimi është miratuar në:/In accordance with current school district procedure, the administration of this medication was approved on:

_____
Data/Date

(Mbahet në Shkollë/Retain in school)

Firma e Infermierit të shkollës /Signature of School Nurse
_____

Tel. Infermierit të Shkollës/Telephone of School Nurse _____

Për Mjekun

To the physician

Your patient has requested that medication or equipment be utilized in school. Ideally, the administration of medication or utilization of equipment should take place at home. However, for students who require medication/treatment during the school day in order to function in the classroom, School District Policy does permit selected school staff to administer medication. In some cases, students may self-administer their medication.

School District Policy also permits the use of equipment/machinery in those instances where similar equipment is kept by the child's family at home, and such equipment/machinery is necessary in order to enable the student to function in the classroom. Instruction for use and precautions should be spelled out in detail.

(If your patient's medication or treatment schedule cannot be altered so that all are received at home, please complete the request on the reverse side-a separate request is required for each medication or treatment).

When the medication/treatment prescribed exceeds or differs from that approved by the FDA or recommended by the manufacturer, you and the child's parent will be required to submit written detailed information to the School Nurse. This must include a list of side effects and confirmation that all side-effects have been explained to and are understood by the parent. Any particularly dangerous conditions being experienced by the child should be spelled out in detail, with the procedure to follow should a reaction occur.

Please fill in all of the spaces. Missing information will cause the form to be returned to you. This will cause a delay in your patient receiving medication/treatment.

Thank you.

School Health Services

I dashur Prind/kujdestar:
Disa fëmijë kërkojnë trajtim mjekësor, ose paisje speciale gjatë kohës që janë në klasë. Më e mira do të ishte nëse përdorej në shtëpi. Nëse orari i mjekimit/paisjes nuk mund të çvendoset, që ky trajtim të bëhet në shtëpi, ju mund të kërkoni, që kjo të bëhet në shkollë, duke kontaktuar me infermierin ose drejtorin e shkollës. Kur mjekimi/trajtimi që përshkruhet për fëmijën tuaj, e kalon ose dallon nga ajo që është miratuar nga FDA, ose prodhuesi, ju dhe institucioni juaj mjekësor, duhet të jepni informacione të tjera shtesë, për infermierin e shkollës, përpara se të miratohet.
Menjëherë që kërkesa është miratuar nga infermieri i shkollës, nga ju do të kërkohet që të sillni në shkollë mjekimin e etiketuar dhe ambalazhuar siç duhet nga një Farmaci e Rregjistruar.

Shishja e ilaçeve duhet të ketë tapë të sigurtë tip " Saf-T-Closure Cap " dhe etiketa duhet të përfshijë:

- Emrin e Pacientit
- Emrin e Farmacisë
- Adresën e Farmacisë dhe Telefonin
- Numri i Recetës
- Datën e Recetës (aktuale)
- Emrin e Ilaçit, dozen, datën e skadimit
- Instruksionet e Përdorimit
- Emri i Institucionit që lëshon Recetën

Për paisjet speciale, shërbimi në shkollë do të bëhet vetëm nëse ju keni paisje të tilla në shtepi. Ju duhet të sillni paisjen nga shtëpia nëse është e nevojshme për zëvëndësim. Pas miratimit të kërkesës, ju do të sillni paisjen në shkollë dhe të demonstroni përdorimin e saj për personelin e zgjedhur për përdorim. Instruksioni i përdorimit duhet të jetë bashkë me paisjen. Kjo procedure duhet të përsëritet çdo vit shkollor dhe/ose çdo kohë që ndryshon doza.
Nëse fëmija juaj sjell ilaçe në shkollë, përfshirë ato pa recetë dhe i merr ato vetë, ju duhet të njoftoni drejtorin për arsyen e përdorimit të tyre.
Prindërit/kujdestarët duhet të tërheqin ilaçet e papërdorura, ose të skaduara personalisht, ose të dërgojnë një të rritur të përgjegjshëm me shënim nga ana juaj.
Ilaçet e papërdorura, **të cilat nuk tërhiqen brenda 10 ditësh, ose deri ditën e fundit të shkollës, do të groposen**.
Nëse keni ndonjë pyetje për këtë procedure, ju lutemi kontaktoni infermierin ose drejtorin e shkollës

Ju faleminderit!

Për informacione dhe dokumente të tjerë të përkthyera në Gjuhën Shqipe, ju lutemi vizitoni uebsajtin: www.philasd.org/language/albanian