

**REQUEST FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION OR USE OF SUCTION, OXYGEN OR OTHER EQUIPMENT IN SCHOOL**

منطقة فيلادلفيا التعليمية طلب بتقديم الدواء أو استعمال الشفط، الأكسجين أو غيرها من المعدات في المدرسة			
منطقة فيلادلفيا التعليمية طلب بتقديم الدواء أو استعمال الشفط، الأكسجين أو غيرها من المعدات في المدرسة			
اسم المريض/الطالب/Name of patient/student		العنوان/الرمز البريدي/Address/Zip	
Room/book# غرفة/كتاب/رقم		Room/book# غرفة/كتاب/رقم	
DOB/تاريخ الميلاد	School/ORG.#/المدرسة المؤسسة	Regional Office/المكتب الإقليمي	PID/هوية رقم
Diagnosis/التشخيص:			
Reason medication must be given in school: سبب تقديم الدواء في المدرسة:			
Name of medication /equipment/treatment: اسم الدواء/المعدات/المعالجة		Dose/الجرعة	
Time(s) to be given in school: ساعة/تقديمها		Total dosage per 24 hrs. مجموع الجرعات في 24 ساعة	
Date begin: تاريخ البداية		Date end: تاريخ الانتهاء	
Instruction for administration/utilization: تعليمات بشأن تقديمها/استعمالها:			
Contraindications: موانع الاستعمال:			
Side effects: الآثار الجانبية:			
Treatment of side effects/action to be taken: معالجة الآثار الجانبية/ماذا يجب عمله:			
Is any restriction on activity necessary? هل الحظر على النشاطات ضروري? Yes/نعم ___ No/لا ___			
If yes, describe: إذا كان بالإيجاب			
Is student taking any other medication? هل يأخذ الطالب أدوية أخرى? Yes/نعم ___ No/لا ___			
If yes, name of medications: ما هي			
Is similar equipment kept by the child's family at home? هل توجد معدات مشابهة في بيت الطالب? Yes/نعم ___ No/لا ___			
Print name of health care provider/credentials اسم مقدم الرعاية (الطبيب) ومؤهلاته		Telephone/هاتف	
Address/العنوان		Emergency number/هاتف الطوارئ	
Signature of health care provider توقيع مقدم الرعاية		Date signed/تاريخ التوقيع	

إلى المدير  
أفوض العاملين في المدارس المختارة بتقديم الدواء المشار إليه، أو لاستخدام الآلات أو المعدات على النحو المنصوص عليه من قبل مقدم الرعاية الصحية لطفلي الذي يظهر توقيعه على هذا النموذج.

يأخذ طفلي الدواء/العلاج بنفسه كما حددته ممرضة المدرسة كطريقة مناسبة.

أفوض ممرضة المدرسة على التواصل مع مقدمي الرعاية الصحية لطفلي، وبدورة الرد عليها بحسب الحاجة بشأن هذا الدواء / معدات و / أو الاستجابة لطفلي.

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.

الهاتف \_\_\_\_\_ توقيع الأهل  
Parent signature Telephone

هاتف الطوارئ \_\_\_\_\_ تاريخ التوقيع  
Date signed Emergency number

**In** وفقاً للإجراءات الحالية في المدرسة الحالية، وافقت الإدارة على تقديم الدواء المعترف به.  
**accordance with current school district procedure, the administration of this medication was approved on:**

التاريخ/Date

**Retain in school**/الرجاء الإبقاء عليها في المدرسة)

(Signature of School Nurse) توقيع ممرضة المدرسة

(Telephone of School Nurse) هاتف ممرضة المدرسة

## 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

## (رسالة إلى الأهل)

الأعزاء الأهل/أولياء الأمور

يحتاج بعض الأطفال في أخذ الدواء أو استعمال معدات خاصة من أجل العمل في الفصول الدراسية. ومن الناحية المثالية يجب أن يتم هذا في المنزل. إذا كان من غير الإمكان تغيير الجدول الزمني لأخذ الدواء في البيت، فيمكنك عندها الطلب بتقديمها في المدرسة من خلال الذهاب لرؤية الممرضة المدرسية أو المدير. عندما وصف الدواء/العلاج لطفلك يتجاوز أو يختلف عن توصيات إدارة الأغذية والعقاقير أو الصانع، فعليكم عندها تقديم طلب خطي إضافي إلى ممرضة المدرسة، وذلك قبل الموافقة عليها. وبمجرد الموافقة على الطلب من قبل ممرضة المدرسة، فسوف يطلب منك إحضار الدواء إلى المدرسة مكتوب عليه بشكل صحيح وقد عبأه الصيدلي المسجل. ويجب على زجاجة الدواء أن تكون محكمة الإغلاق وأن يكون مكتوب عليها التالية:

- اسم المريض
- اسم الصيدلية
- عنوان الصيدلية ورقم هاتفها
- رقم الوصفة الطبية
- تاريخ الدواء (الحالي)
- اسم الدواء، وشكل جرعات، وتاريخ انتهاء الصلاحية (عند الاقتضاء)
- تعليمات الاستعمال
- اسم الطبيب الذي وصفها

للمعدات الخاصة: لن يتم توفير الخدمات في المدرسة فقط إلا إذا كان لديك مثل هذه المعدات في منزلك. يجب توفير المعدات، فضلا عن إصلاحها والاستعاضة عنها عند اللزوم. وبعد أن تتم الموافقة على الطلب، يطلب منك جلب المعدات إلى المدرسة وعرض استخدامها لموظف المدرسة المختار. ويجب إرفاق تعليمات تشغيلها. ويجب إعادة هذه العملية في كل سنة مدرسية أو في كل مرة تتغير الجرعة.

إذا جلب طفلك دواء إلى المدرسة، بما فيها الأدوية التي لا تتلزم الوصفة ويأخذها بنفسه، فينبغي عليك أن تعلم المدير عنها وما هي وسبب أخذها. ويجب على الوالدين/الأولياء أخذ الدواء الغير مستخدم أو المنتهي الصلاحية شخصيا من المدرسة أو إرسال شخص بالغ مسؤول معتمد مع كتاب منك. أما الدواء الغير المستخدم والذي لا يتم أخذه خلال عشرة أيام أو بعد انتهاء المدرسة، فسوف نتخلص منه أو ندمره. إذا كان لديك أي أسئلة حول هذا الإجراء، يرجى الاتصال مع ممرضة المدرسة أو مدير المدرسة.

شكرا لكم.

لمزيد من الوثائق والمعلومات المترجمة إلى العربية، إذهب إلى الموقع على الانترنت [www.philasd.org/language/arabic](http://www.philasd.org/language/arabic)