

يرجى من ولي الأمر استكمال الاستمارة والتوقيع عليها وكتابة التاريخ:

اسم الطالب:	_____
تاريخ الميلاد:	_____
المدرسة:	_____
الصف:	_____
اسم ولي الأمر:	_____
هاتف:	_____
أوافق على خطة الرعاية هذه وأعطي موافقتي لموظفي المدرسة لمشاركة المعلومات واتباع هذه الخطة وإعطاء الأدوية وتقديم الرعاية لابني/ابنتي عند الضرورة والاتصال على موفر الرعاية الصحية. أتحمل مسؤولية تزويد المدرسة/البرنامج بأدوية بوصفة طبية غير منتهية الصلاحية ومستلزمات (مثل أنبوب المبادعة) وأن أمتثل لسياسات المجلس، إذا انطبق الأمر. أدرك أنه يمكن الاتصال على 911 إذا كان هناك حاجة لجهاز استنشاق للإغاثة السريعة وكان ابني يعاني من أعراض.	
توقيع ولي الأمر	_____
التاريخ	_____

يرجى من موفر الرعاية الصحية استكمال كل المعلومات والتوقيع وكتابة التاريخ:

أدوية الإغاثة السريعة: <input type="checkbox"/> البوتيرول <input type="checkbox"/> غير ذلك:
الأعراض الجانبية الشائعة: <input type="checkbox"/> نبض القلب، رعشة <input type="checkbox"/> استخدم أنبوب مبادعة مع جهاز استنشاق
أدوية التحكم المستخدمة في البيت:
المسببات: <input type="checkbox"/> الطقس <input type="checkbox"/> المرض <input type="checkbox"/> التمرين <input type="checkbox"/> الدخان <input type="checkbox"/> الغبار <input type="checkbox"/> اللقاح <input type="checkbox"/> سوء جودة الهواء <input type="checkbox"/> غير ذلك:
<input type="checkbox"/> حساسية تهدد الحياة، يرجى التحديد:
إعطاء مستنشاق الإغاثة السريع: بمساعدة أو بدون مساعدة
<input type="checkbox"/> يحتاج الطلاب للإشراف أو المساعدة لاستخدام جهاز الاستنشاق. لن يحمل الطلاب جهاز الاستنشاق بأنفسهم.
<input type="checkbox"/> يفهم الطالب الاستخدام الصحيح لأدوية الربو وفي رأيي يمكنه أن يحمله بنفسه وأن يستخدم جهاز الاستنشاق الخاص بنفسه بعد التصديق من ممرض المدرسة واستكمال العقد.

إذا رأيت ذلك:	أفعل ذلك:
<ul style="list-style-type: none"> ليس هناك أعراض حالية نشاط شاق مخطط له 	<p>علاج مسبق للأنشطة الشاقة، يرجى اختيار علاجاً:</p> <p><input type="checkbox"/> غير مطلوب أو <input type="checkbox"/> طلب الطالب/ولي الأمر أو <input type="checkbox"/> يعطي بصورة منتظمة</p> <p>دواء الإغاثة السريعة 10-15 دقيقة قبل النشاط: <input type="checkbox"/> نفختين <input type="checkbox"/> 4 نفخات يكرر بعد أربع ساعات إذا احتاج الأمر لنشاط بدني إضافي.</p> <p>إذا كان الطالب يعاني من أعراض، اتبع المنطقة الصفراء أو الحمراء</p>
<ul style="list-style-type: none"> صعوبة في التنفس أزيز سعال متكرر ضيق في الصدر عدم القدرة على القيام بالأنشطة 	<ol style="list-style-type: none"> 1. اعط دواء الإغاثة السريعة: <input type="checkbox"/> نفختين <input type="checkbox"/> 4 نفخات 2. ابق مع الطفل/الشاب وحافظ على وضع الجلوس 3. كرر علاج الإغاثة السريع إذا كان الطفل لا يتحسن في 15 دقيقة: <input type="checkbox"/> نفختين <input type="checkbox"/> 4 نفخات إذا لم تتحسن الأعراض أو ساعات، اتبع المنطقة الحمراء 4. يمكن أن يعود الطفل/الشاب إلى الأنشطة العادية فور اختفاء الأعراض. 5. أخبر ولي الأمر وممرض/ة المدرسة.
<ul style="list-style-type: none"> سعال متواصل يعاني في التنفس مشكلة في التحدث (يتحدث 3-5 كلمات فقط) جلد الصدر و/أو الرقبة يدخل في الجسم أثناء التنفس الشفاه/الأظافر رمادية/زرقاء 	<ol style="list-style-type: none"> 1. اعط دواء الإغاثة السريعة: <input type="checkbox"/> نفختين <input type="checkbox"/> 4 نفخات ارجع إلى خطة رعاية فرط الحساسية إذا كان الطالب يعاني من حساسية تهدد الحياة. إذا لم تكن هناك خطة لرعاية فرط الحساسية، اتبع تعليمات الطوارئ لفرط الحساسية. 2. اتصل على 911 وأبلغ الخدمات الطبية الطارئة سبب الاتصال. 3. كرر علاج الإغاثة السريع في حالة عدم وجود تحسن: <input type="checkbox"/> نفختين <input type="checkbox"/> 4 نفخات يمكن تكرار ذلك كل 5-15 دقيقة حتى تصل الخدمات الطبية الطارئة. 4. ابق مع الطفل/الشاب. تحلى بالهدوء مع التشجيع على التنفس ببطء وعمق. 5. أخبر ولي الأمر وممرض/ة المدرسة.

توقيع موفر الرعاية الصحية	اسم موفر الرعاية مكتوباً	التاريخ
صالح لـ 12 شهراً ما لم تنص سياسة المنطقة التعليمية على خلاف ذلك.		
فاكس	هاتف	بريد إلكتروني
توقيع الممرض/ة / توقيع CCHC	تاريخ	
<input type="checkbox"/> عقد الاستخدام الشخصي في الملف	<input type="checkbox"/> خطة فرط الحساسية في ملف الطالب للحساسية التي تهدد الحياة	