



استمارة إعطاء الأدوية العامة

هذه الاستمارة لا ينبغي أن تستخدم لإعطاء أدوية مرض السكري أو نوبات الصرع أو الربو أو الحساسية

استمارة طلب الدواء من مقدم الخدمة | مكتب الصحة المدرسية | العام الدراسي 2026-2027

يرجى إعادتها إلى ممرضة المدرسة/ المركز الصحي المدرسي. الاستمارات المقدمة بعد يوم 1 يونيو/ حزيران قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد.

الاسم الأخير للتلميذ(ة): _____ الاسم الأول: الأوسط: _____ تاريخ الميلاد: _____
الجنس: ذكر أنثى رقم التعريف المدرسي (OSIS): _____ الصف: _____ الفصل: _____ المنطقة التعليمية لإدارة التعليم: _____
المدرسة (ضمن الاسم والرقم والعنوان والحي): _____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

1. Diagnosis: _____ ICD-10 Code: _____ . _____

Student Skill Level (select the most appropriate option):

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer
 Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
 Independent Student: student is self-carry/self-administer - *Initial below for Independent (not allowed for controlled substances)
 I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events.
Practitioner's Initials: _____

In School Instructions

Medication (Generic and/or Brand Name): _____

Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ mg Route: _____

- Standing daily dose – at _____ and _____ and/or
 PRN – specify signs, symptoms, or situations: _____
 Time interval: _____ minutes or _____ hours as needed.
 If no improvement, repeat in _____ minutes or _____ hours for a maximum of _____ times.

Conditions under which medication should not be given: _____

2. Diagnosis: _____ ICD-10 Code: _____ . _____

Student Skill Level (select the most appropriate option):

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer
 Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
 Independent Student: student is self-carry/self-administer - *Initial below for Independent (not allowed for controlled substances)
 I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events.
Practitioner's Initials: _____

In School Instructions

Medication (Generic and/or Brand Name): _____

Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ mg Route: _____

- Standing daily dose – at _____ and _____ and/or
 PRN – specify signs, symptoms, or situations: _____
 Time interval: _____ minutes or _____ hours as needed.
 If no improvement, repeat in _____ minutes or _____ hours for a maximum of _____ times.

Conditions under which medication should not be given: _____

3. Diagnosis: _____ ICD-10 Code: _____ . _____

Student Skill Level (select the most appropriate option):

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer
 Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
 Independent Student: student is self-carry/self-administer - *Initial below for Independent (not allowed for controlled substances)
 I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events.
Practitioner's Initials: _____

In School Instructions

Medication (Generic and/or Brand Name): _____

Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ mg Route: _____

- Standing daily dose – at _____ and _____ and/or
 PRN – specify signs, symptoms, or situations: _____
 Time interval: _____ minutes or _____ hours as needed.
 If no improvement, repeat in _____ minutes or _____ hours for a maximum of _____ times.

Conditions under which medication should not be given: _____

Home Medications (include over the counter) None

Health Care Practitioner

Last Name (Print): _____ First Name (Print): _____ Please check one: MD DO NP PA

Signature: _____ Date: _____ NYS License # (Required): _____ NPI #: _____

Address: _____ Email address: _____

Telephone: _____ FAX: _____ Cell Phone: _____

تمت مراجعتها في 26/2
يجب على الأباء توقيع الصفحة 2

المعلومات غير الكاملة حول مقدم الرعاية الصحية تؤدي إلى تأخير تنفيذ الوصفات الطبية
لا يمكن تعبئة هذه الاستمارة بواسطة طبيب مقيم

استمارة إعطاء الأدوية العامة

هذه الاستمارة لا ينبغي أن تستخدم لإعطاء أدوية مرض السكري أو نوبات الصرع أو الربو أو الحساسية
استمارة طلب الدواء من مقدم الخدمة | مكتب الصحة المدرسية | العام الدراسي 2026-2027
يرجى إعادتها إلى مدرسة/المركز الصحي المدرسي. الاستمارات المقدمة بعد يوم 1 يونيو/حزيران قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد.

الآباء/ أولياء الأمور: قوموا بقراءة وتعبئة وتوقيع هذه الاستمارة. بتوقيعي أدناه، أوافق على ما يلي:

- أوافق على أن يتم تخزين الدواء الخاص بطفلي وإعطائه إياه في المدرسة بناءً على توجيهات ممارس الرعاية الصحية لطفلي. أوافق أيضاً على أن يتم تخزين أي معدات مطلوبة لتقديم دواء طفلي واستخدامها في المدرسة.
 - أنا أفهم ما يلي:
 - يجب أن أعطي ممرض(ة) المدرسة/المركز الصحي المدرسي (SBHC) الدواء والمعدات الخاصة بطفلي.
 - يجب أن تكون جميع الأدوية سواء التي تصرف بوصفة أو بدون وصفة طبية والتي أعطيها للمدرسة جديدة وغير مفتوحة، وفي القارورة أو العبوة الأصلية. سوف أقدم للمدرسة الأدوية الحالية الصالحة لاستخدام طفلي أثناء أيام الدراسة.
 - يجب أن تحمل الأدوية الموصوفة طبياً ملبصق الصيدلية الأصلي على القارورة أو العبوة. يجب أن يشتمل الملبصق على: (1) اسم طفلي، (2) اسم الصيدلية ورقم هاتفها، (3) اسم ممارس الرعاية الصحية لطفلي، (4) التاريخ، (5) عدد مرات إعادة التعبئة، (6) اسم الدواء، (7) الجرعة، (8) متى يتم تناول الدواء، (9) كيفية تناول الدواء، (10) أية إرشادات أخرى.
 - يجب أن أخطر ممرض(ة) المدرسة/المركز الصحي المدرسي (SBHC) فوراً عن أي تغيير في دواء طفلي أو تعليمات ممارس الرعاية الصحية.
 - لا يسمح لأي تلميذ(ة) بحمل أو تناول المواد الخاضعة للرقابة بنفسه.
 - يعتمد مكتب الصحة المدرسية (OSH) وكلاءه المشاركين في تقديم الخدمة (الخدمات) الصحية المذكورة أعلاه إلى طفلي على دقة المعلومات المقدمة في هذه الاستمارة.
 - بتوقيعي على استمارة إعطاء الدواء هذه (MAF)، يمكن لمكتب الصحة المدرسية (OSH) تقديم الخدمات الصحية لطفلي. قد تشمل هذه الخدمات على سبيل المثال لا الحصر، تقييماً كلينيكياً أو فحصاً بدنياً من طرف ممارس الرعاية الصحية أو الممرض(ة) بمكتب الصحة المدرسية (OSH).
 - ينتهي طلب إعطاء الدواء في استمارة (MAF) هذه في نهاية العام الدراسي لطفلي، والذي قد يشمل الحصى الصيفية، أو عندما أعطي ممرضة المدرسة/مقدم(ة) الخدمة بالمركز الصحي المدرسي (SBHC) استمارة (MAF) جديدة (أيها يحمل أو لا). عندما تنتهي صلاحية طلب تقديم العلاج هذا، سأقدم لممرضة طفلي المدرسية/المركز الصحي المدرسي (SBHC) استمارة (MAF) جديدة مكتوبة بواسطة ممارس الرعاية الصحية لطفلي.
 - تمثل هذه الاستمارة موافقتي وطلبي للحصول على خدمات الحساسية الموضحة في هذه الاستمارة، ويمكن إرسالها مباشرة إلى مكتب الصحة المدرسية (OSH). وهي لا تمثل اتفاقاً مع مكتب الصحة المدرسية (OSH) لتوفير الخدمات المطلوبة. إذا قرر مكتب الصحة المدرسية (OSH) تقديم هذه الخدمات، قد يحتاج طفلي أيضاً إلى خطة تسهيلات الفقرة 504. ستقوم المدرسة بإتمام هذه الخطة.
 - لغرض تقديم الرعاية أو العلاج لطفلي، قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على أية معلومات أخرى يعتقد أنها ضرورية عن الحالة الطبية لطفلي أو أدويته أو علاجه. قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على هذه المعلومات من أي ممارس رعاية صحية أو ممرض(ة) أو صيدلي قدم خدمات صحية لطفلي.
- ملحوظة: يفضل أن ترسل أدوية ومعدات لطفلك في يوم الرحلة المدرسية والأنشطة المدرسية التي تعقد خارج موقع المدرسة.

لأخذ الدواء بشكل ذاتي (للتلاميذ المستقلين فقط):

- أقر/ أؤكد أن طفلي قد تلقى تدريباً كاملاً ويمكنه تناول الدواء بنفسه. أوافق على أن يقوم طفلي بحمل وتخزين وتناول الدواء الموصوف على هذه الاستمارة بنفسه في المدرسة وفي الرحلات. أنا مسؤول عن إعطاء طفلي هذا الدواء في قوارير أو عبوات كما هو موضح أعلاه. أنا أيضاً مسؤول عن مراقبة استخدام طفلي للدواء، وعن جميع نتائج استخدام طفلي لهذا الدواء في المدرسة. ستؤكد ممرضة المدرسة/مقدم الخدمة التابع للمركز الصحي المدرسي (SBHC) قدرة طفلي على حمل الدواء وأخذه بنفسه. كما أوافق على إعطاء دواء "احتياطي" للمدرسة في قارورة أو عبوة معونة بوضوح.

الاسم الأخير للتلميذ(ة): _____ الاسم الأول: _____ الأوسط: _____ تاريخ الميلاد (اليوم/الشهر/السنة): _____
المدرسة (رقم DBN /ATS /الاسم): _____ الحي: _____ المنطقة التعليمية: _____
اسم الوالد(ة) // ولي(ة) الأمر (بخط واضح): _____ عنوان البريد الإلكتروني للوالد(ة) // ولي(ة) الأمر: _____
توقيع الوالد(ة) // ولي(ة) الأمر: _____ تاريخ التوقيع: _____
عنوان الوالد(ة) // ولي(ة) الأمر: _____
أرقام الهاتف: أثناء النهار: _____ المنزل: _____ الهاتف المحمول: _____
طرف اتصال بديل لحالات الطوارئ _____
الاسم: _____ العلاقة بالتلميذ(ة): _____ رقم الهاتف: _____

For Office of School Health (OSH) Use Only

OSIS Number: _____ Received by – Name: _____ Date: _____
 504 IEP Other: _____ Reviewed by – Name: _____ Date: _____
Referred to School 504 Coordinator : Yes No
Services provided by : Nurse/NP OSH Public Health Advisor (for supervised students only) School Based Health Center
Signature and Title (RN or SMD): _____ Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison: _____
Revisions per OSH contact with prescribing health care practitioner : Clarified Modified

تمت مراجعتها في 26/2