

ይህንን ቅጽ በመጠቀም የተማሪዎን መድኃኒት እና/ወይም የሕክምና መርሃ ግብር እቅድ በትምህርት ቤቱ እንዲተዳደር እና ወደ ጤና ጥበቃ ሠራተኞች እንዲመለስ ይዘርዝሩ። የመድኃኒት አቅርቦት/የህክምና አቅርቦት ማቀናጀትን ለማዘጋጀት የጤና ጥበቃ ቢሮ ሰራተኛ ያነጋግርዎታል። ለተለያዩ ፍላጎት የተለያዩ ገጾችን ይሙሉ።

ክፍል 1: ተማሪ እና ወላጅ/ተንከባካቢ መረጃ በተማሪው ወላጅ/ተንከባካቢ የሚሞላ።

የተማሪ ስም: የተማሪ አባት ስም: ክፍል: የትምህርት ተቋም ስም: የተማሪ የልደት ቀን: የወላጅ ስም: የወላጅ አባት ስም: የወላጅ አድራሻ: የወላጅ ስልክ:

በክፍል 1 ላይ የተጠቀሰው ተማሪ የጤና ጥበቃ ቢሮ ሰራተኛ የታዘዘለትን መድኃኒት እንዲቆጣጠሩ/ሕክምና ፈቃድ ባላቸው የጤና አንክብካቤ አቅራቢዎች ሕክምና እንዲሰጥ ጥያቄ እና ፈቃድ እሰጣለሁ። የሚከተሉትን እረዳለሁ።

- ለጤንነት ጉዳይ ባለሙያ አስፈላጊውን መድኃኒት/ለትምህርት ቤት የህክምና ቁሳቁሶች የማቅረብ ኃላፊነት አለብኝ።
• ሁሉም መድኃኒት/የሕክምና ቁሳቁሶች በትምህርት ቤት ውስጥ አስተማማኝ በሆነ አካባቢ ውስጥ ይቀመጣሉ። የጤና ክትትል ሠራተኞች የተማሪ መድኃኒት/የሕክምና አቅርቦቶች ሊከሰቱ ለሚችሉ ጥፋቶች ሀላፊነቶች አይወስዱም።
• የመድኃኒት/የሕክምና ቁሳቁሶች ጊዜ ካለፈበት አንድ ሳምንት በኋላ ወይም/እና ትምህርት ዓመቱ ባልቀ በአንድ ሳምንት ጊዜ ውስጥ ጥቅም ላይ ያልዋለውን ካልሰበሰቡ ያልተጠቀሙት ከጥቅም ውጭ እንዲሆን ይደረጋል።
• ትምህርት ቤቱ ወይም የጤና ነክ የጤና ባለሙያው ለተማሪው/ዋ ያልተፈቀዱ መድኃኒቶች/ህክምናዎች ቢወሰድ/ብትወሰድ ኃላፊነት አይወስድም።
• በተማሪዬ የጤና ወይም የሕክምና እቅድ ላይ ማንኛውም ለውጦች ካሉ በየዓመቱ ለዲሲ ኤፌሌል ኮድ § 38-651.03 በተደነገገው መሠረት ለትምህርት ቤት እና ለጤና አጠባበቅ ረዳቶች ወዲያውኑ አሳውቃለሁ።
• የሕክምና ዕቅዶች እና የመድኃኒት እቅዶች በየዓመቱ እና የተማሪው ጤና ወይም የሕክምና መስፈርቶች ላይ ማንኛውም ለውጥ ሲኖር መሻሻል አለበት።
• ሆነ ብሎ በመጥፎ ድርጊት፣ በከፍተኛ ችልተኝነት፣ ወይም ሆነ ተብሎ የተፈፀመ መጥፎ ተግባር ካልሆነ በስተቀር በዲሲ ሕግ 17107 መሰረት አውራጃ እና ትምህርት ቤቶቹ፣ ሰራተኞቹ እና ወኪሎቹ ግድፈት ቢኖርም በፍትህ ብሔር ተጠያቂነት ነጻ እንደሆኑ አቀብላለሁ።

የወላጅ/ተንከባካቢ ፈርማ: ቀን:

Part 2a: Student's Medication Plan | To be completed by licensed health care provider.

Diagnosis: End date for school administration of this medication:

This medication is: [] New; the first dose was given at home on date and time: [] Renewal [] Change

Is this a standing order? [] Yes, epinephrine auto injector 0.15 mg: refer to anaphylaxis plan [] Yes, other: [] Yes, epinephrine auto injector 0.3 mg: refer to anaphylaxis plan [] No [] Yes, albuterol sulfate 90 mcg/inh: refer to asthma action plan

Name and strength of medication: Dose/route:

Time and Frequency at School (e.g. 10am and 2pm every day; as needed if standing order)

If a reaction can be expected, please describe:

Additional instructions or emergency procedures:

Part 2b: Student's Medical Procedure Treatment Plan | To be completed by licensed health care provider.

Diagnosis: This procedure is: [] New [] Renewal [] Change

Treatment:

When should treatment be administered at school? (e.g. 10am and 2pm every day)

End date for school administration of this treatment:

Additional instructions or emergency procedures:

Has the student's Universal Health Certificate form been updated to reflect new health concerns? [] Yes [] No

Licensed Health Care Provider Office Stamp Provider Name: Provider Phone: Provider Signature: Date:

OFFICE USE ONLY | Medication and/or treatment plan received by Health Suite Personnel.

Name: Signature: Date: