



MEDICATION AUTHORIZATION
Release and Indemnification Agreement

Please read information and procedures on reverse side. Please use a separate form for each medication.

PART I: PARENT OR GUARDIAN TO COMPLETE

I hereby authorize Arlington County's Department of Human Services (DHS)/School Health Bureau and Arlington Public Schools personnel, including unlicensed persons, to give the medication described below as directed by this authorization. I agree to release, indemnify, and hold harmless Arlington Public Schools, Arlington Department of Human Services/School Health Bureau, Arlington County, and any of its officers, staff members, or agents from any lawsuit, claim, expense, demand, or action, etc., against them arising out of or in connection with assisting this student by administration of this medication to him/her as requested by the parents, including any adverse effects to the medication. I acknowledge that this student has no contraindications, including allergies, to this medication. I have read the "Parent Information about Medication Administration at School" on the reverse side and assume the responsibilities as set forth.

Student Name (Last, First, Middle): Date of Birth: Grade:

Teacher (Last Name): School: Attends Extended Day? Yes No

Has the student taken this medication before? Yes No First dose was given: Date: Time:

Parent/Guardian Signature: Daytime Telephone: Date:

PART II: PARENT/GUARDIAN MAY COMPLETE THIS SECTION, WITHOUT A PHYSICIAN'S SIGNATURE, FOR ANY NON-PRESCRIPTION MEDICATION THAT MEETS THE CRITERIA LISTED IN SECTION #2 ON THE REVERSE. PHYSICIAN MUST COMPLETE THIS SECTION FOR ANY PRESCRIPTION MEDICATION OR FOR CERTAIN NON-PRESCRIPTION MEDICATIONS, AS INDICATED UNDER #3 ON THE REVERSE.

The Arlington Department of Human Services/School Health Bureau discourages medications to be given to students at school during the school/extended day. Please prescribe for before or after school, if at all possible.

Diagnosis (Condition for which medication is being administered): Name of Medication:

Dosage to be given at school (for example, mg, ml, or cc): Route (for example, oral, topical): Time: Is this a PRN (as-needed) medication? Yes No If YES, go to next box. If NO, what time (s) should medication be given? Before Lunch After Lunch OR a.m. p.m.

If medication is to be given on an as-needed (PRN) basis, specify the symptoms or conditions when medication is to be taken and the length of time interval for repeating the dose/medication (for example, every 6 hours as needed for headaches):

If student is taking more than one medication, list the sequence in which medications are to be taken: Effective: Start Date: End date: End of School Year OR Date:

Signature(s): Physician Name (Print or Type) Physician Signature Telephone Date Parent/Guardian Name (Print or Type) Parent/Guardian Signature Telephone Date (Not required if signed by physician)

PART III: ARLINGTON COUNTY DHS/SCHOOL HEALTH BUREAU STAFF TO COMPLETE

Check as appropriate: Parts I and II above are complete, including signatures Medication is in original container and is properly labeled Med. Expiration Date:

SHA Signature and Date Name of PHN Contacted by Phone and Date PHN Signature and Date

السلامة هي الهدف الأول لمكتب الصحة المدرسية عند إعطاء الأدوية لطفلك، وتتلخص في العبارة التالية: إعطاء الدواء الصحيح للطفل الصحيح بالجرعة الصحيحة في الوقت الصحيح. ونحتاج إلى مساعدتك لتحقيق هذا الهدف. ونرجو منك اتخاذ الترتيبات اللازمة لإعطاء الطفل جميع جرعات الأدوية في المنزل متى أمكن. ولكن إذا احتاج طفلك إلى تناول دواء في المدرسة، يُرجى قراءة التعليمات التالية وأخذها بعين الاعتبار:

1- يجب تقديم نموذج الموافقة على تناول الأدوية (الصفحة التالية) مملوء بالكامل لأي دواء يؤخذ في المدرسة. ويجب تقديم نموذج منفصل لكل دواء. ويجب على ولي الأمر/الوصي التوقيع على هذا النموذج، وتحتاج بعض الأدوية إلى توقيع الطبيب (انظر النقطة 3 أدناه) يسري هذا النموذج إلى نهاية العام الدراسي الحالي (الذي يشمل المدرسة الصيفية)، ما لم يُشر إلى خلاف ذلك.

- * لن يُقبل الدواء بدون نموذج الموافقة على تناول الأدوية.
- * نقبل النسخ المُرسلة بالفاكس من هذا النموذج.
- * يجب تقديم نسخة جديدة من نموذج الموافقة على تناول الأدوية في بداية كل عام دراسي ومع كل تغيير في جرعة الدواء أو وقت تناول الدواء.
- * هناك نماذج مخصصة للموافقة على تناول أدوية الربو والحساسيات ونوبات الصرع والسكري. يُرجى التواصل مع العيادة المدرسية أو زيارة الموقع <https://health.arlingtonva.us/public-health/school-health> الإلكتروني لمكتب الصحة المدرسية للحصول على نسخة من هذه النماذج.

يجوز لولي الأمر/الوصي ملء نموذج الموافقة على تناول الأدوية بدون توقيع الطبيب مع الأدوية المصروفة بدون وصفة طبية في حال استيفاء المعايير التالية:

- * (FDA) الدواء مُعتمد من إدارة الغذاء والدواء الأمريكية.
- * الدواء ليس علاجًا عشبيًا/علاجًا بديلًا (ومن ذلك النباتات والزيوت والحمية الغذائية أو المكملات الغذائية والأدوية المثيلة والأدوية النباتية والفيتامينات (THC) أو تتراهيدروكانابينول (CBD) والمعادن والمنتجات التي تحتوي على القنب مثل الكانابينويد).
- * يُعطى الدواء لتخفيف الأعراض حسب التوجيهات الموجودة على ملصق العبوة.
- * يُحدّد حجم الجرعة وتُحدّد الفترات الزمنية بين تناولها وفقًا لتوجيهات جهة التصنيع حسب الفئة العمرية الموجودة على ملصق العبوة.

3- يجب على الطبيب التوقيع على نموذج الموافقة على تناول الأدوية في الحالات التالية:

- * جميع الأدوية المصروفة بوصفة طبية، ومن ذلك المضادات الحيوية القصيرة المدى.
- * أو أي علاجات عشبية/علاجات بديلة (المذكورة في النقطة 2 أعلاه) (FDA) أي دواء غير مُعتمد من إدارة الغذاء والدواء الأمريكية.
- * أي أدوية تُعطى عبر المستقيم أو بالحقن (مثل الأدوية المُعطاة في العضل أو تحت الجلد).
- * أي دواء مصروف بدون بوصفة طبية يختلف حجم جرعته أو الفترات الزمنية بين تناوله عن حجم الجرعة أو الفترات الزمنية الموجودة على ملصق العبوة.
- * أي دواء مصروف بدون بوصفة طبية يُعطى لمدة عشرة (10) أيام متتالية أو أكثر.

4- يجوز لطلاب المرحلة الثانوية حمل أدويتهم وتناولها بأنفسهم بحد أقصى جرعتين (2) إذا كان الدواء مصروفًا بدون بوصفة طبية، وذلك بدون تقديم نموذج الموافقة على تناول الأدوية.

5- يقتصر نقل جميع الأدوية إلى العيادة المدرسية ومنها على أحد أولياء الأمور / الأوصياء، ما لم يكن سن الطالب 18 عامًا أو أكثر أو كان قاصرًا متحررًا.

6- يجب تناول أو جرعة من أي دواء في المنزل.

7- يجب أن تكون جميع الأدوية المصروفة بوصفة طبية بما يشمل عينات الأدوية الموصوفة من الطبيب. في عبواتها الأصلية مع وصف الطبيب أو الصيدلي عدد الجرعات وطريقة تناولها على العبوة. وعندما يحتاج الطالب إلى تناول الدواء في المنزل وفي المدرسة، يُرجى شراء عبوتين موصوفتين (2) من الصيدلي - واحدة للمنزل وأخرى للمدرسة.

8- يجب أن تكون جميع الأدوية المصروفة بدون وصفة في عبواتها الأصلية غير المفتوحة، مع كتابة اسم الدواء وحجم الجرعة وتعليمات تناول الدواء وتاريخ انتهاء صلاحية بوضوح. يُرجى كتابة اسم الطالب على عبوة الدواء.

9- يجب على الطالب الذهاب إلى العيادة (أو إلى مكان مُحدّد مسبقًا) في الوقت المُحدّد لتناول الدواء. وينبغي لأولياء الأمور وضع خطة مع الطالب لضمان الذهاب الطالب إلى العيادة في الوقت المُحدّد. ويجب تناول الدواء خلال 30 دقيقة بحد أقصى قبل الوقت المُحدّد لتناوله أو بعده.

10- إذا كانت هناك احتياجات خاصة للطالب لكي يتناول الدواء (أمثلة: تناول الدواء مع صوص التفاح، وجوب كسر/تقسيم الدواء إلى نصفين)، يُرجى إخطار موظفي العيادة بها ومناقشتها معهم. إذا وجب كسر/تقسيم الدواء إلى نصفين، يجب على ولي الأمر/الوصي فعل ذلك. فموظفي العيادة ليسوا مُحوّلين بكسر/تقسيم الأقرص إلى نصفين.

11- التي تُقام أثناء اليوم الدراسي. يُرجى مناقشة الترتيبات (APS) تُعطى الأدوية المحفوظة في العيادة لمعلم الطالب في جميع الرحلات الميدانية للمديرية التعليمية (APS) اللازمة بشأن أي أدوية ضرورية في أي رحلات ميدانية بمببب رحلات ميدانية في عطلة الأسبوع مع موظف/معلم المديرية التعليمية.

12- يُرجى استلام أي أجزاء غير مُستخدمة من الدواء خلال أسبوع واحد من انتهاء صلاحية الدواء أو خلال أسبوع واحد من تاريخ انتهاء نموذج الموافقة على تناول الأدوية أو في آخر يوم في العام الدراسي. وستخلص من الأدوية غير المُستلمة بعد تلك الفترة كما ينبغي.