

**مراقبة سكر الدم، واحتياجات الدواء والتغذية**  
**موافقة وتصريح الوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر**  
**للعام الدراسي -2009-2010**

أصرح بموجبها بما يلي: (1) مراقبة مستوى سكر الدم لدى طفلي، و/ أو (2) تقديم معالجة موصوفة طبياً، و/ أو (3) علاج حالات نقص مستوى سكر الدم بإعطائه وجبات خفيفة داخل المدرسة ووفقاً للتعليمات المرفقة الصادرة عن طبيب طفلي. وأفهم أنه يتوجب عليّ أن أقوم بتوفير جميع الوجبات الخفيفة والأجهزة والمستلزمات، وعليّ أن أبلغ مدير(ة) المدرسة و/ أو من ينوب عنه فوراً، وخصوصاً ممرض(ة) المدرسة عن أي تغيير يطرأ على الدواء الموصوف أو على التعليمات المذكورة أعلاه.

وأفهم أن مفعول هذا التصريح يسري فحسب حتى حلول أي من التاريخين التاليين أولاً: (1) تاريخ 30 يونيو/ حزيران، 2010 (يمكن تمديد هذه الوصفة الطبية حتى نهاية شهر أغسطس/ آب إن كان التلميذ يداوم في برنامج دراسي صيفي لإدارة التعليم لمدينة نيويورك (المشار إليها فيما بعد بكلمة "إدارة التعليم"))؛ أو (2) تاريخ تسليمي إلى مدير(ة) المدرسة أو من ينوب عنه، وإلى ممرض(ة) المدرسة وصفة طبية جديدة أو تعليمات جديدة يقوم طبيب طفلي بإصدارها بشأن إعطاء الدواء الموصوف أعلاه

وأدرك أن إدارة التعليم وكلاءها، وإدارة الصحة البدنية والصحة العقلية (المشار إليها فيما بعد بكلمة "إدارة الصحة") يتحملون مسؤولية تأمين بيئة سليمة لطفلي في الغرفة الطبية وفي أي مكان آخر يتم فيه فحص مستوى سكر الدم عنده. وإنني سأبذل كل جهد لتزويد المدرسة بأخزات آمنة وغير ذلك من أجهزة التخزين الأكثر أماناً لأغراض مراقبة مستوى الغلوكوز وإعطاء الأنسولين.

وبتقديمي استمارة إعطاء علاج السكري هذه، فإنني أطلب أن يتم تزويد طفلي بخدمات صحية محددة تقوم بتقديمها إدارة التعليم وإدارة الصحة البدنية والصحة العقلية لمدينة نيويورك من خلال مكتب الصحة المدرسية. وأنا أفهم أن جزءاً من هذه الخدمات قد يستلزم تقييم طبيب من مكتب الصحة المدرسية لطفلي لتحديد استجابة طفلي للدواء الموصوف. التعليمات التامة والكاملة بشأن تقديم الخدمة أو الخدمات الصحية المطلوبة أعلاه مذكورة في هذه الاستمارة. وأفهم أن إدارة التعليم وإدارة الصحة، وكلاء وموظفي الإدارتين الذين لهم علاقة بتقديم الخدمة أو الخدمات الصحية المطلوبة أعلاه يعتمدون على صحة المعلومات التي قدمتها في هذه الاستمارة. إن هدفي هو أن يُعطى طفلي الخدمة أو الخدمات الصحية حسب المعلومات والتعليمات التي أقدمها هنا في هذه الاستمارة. وأفهم أيضاً أن إدارة التعليم وإدارة الصحة لا تتحملان مع وكلائهما مسؤولية أي مفعول عكسي لهذا الدواء.

وأقر بأن هذه الاستمارة ليست اتفاقية مع إدارة التعليم أو إدارة الصحة لتقديم الخدمات المطلوبة، ولكنها بالأحرى تمثل طلبي وموافقتي وتصريحي بتقديم هذه الخدمات، وإذا تقرر أن هذه الخدمات ضرورية، فقد يتطلب الأمر رسم خطة للترتيبات الخاصة بالتلميذ ستقوم المدرسة بوضعها.

وأصرح بموجبها لإدارة التعليم، وموظفيها، وكلائها أن يستشيروا أي مقدم للرعاية الصحية و/ أو صيدلي قام بتقديم الخدمات الطبية أو الصحية لطفلي، وأن يحصلوا منهم على أية معلومات إضافية قد يرونها ملائمة بشأن حالة طفلي الطبية، و/ أو دوائه، و/ أو علاجه.

يرجى كتابة اسم وعنوان الوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر بخط واضح أدناه:

توقيع الوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر \_\_\_\_\_  
تاريخ التوقيع \_\_\_\_\_  
رقم الهاتف أثناء النهار/ رقم هاتف المنزل \_\_\_\_\_

لا تكتب أدناه - لاستخدام إدارة التعليم وإدارة الصحة فقط  
**DO NOT WRITE BELOW**  
**(FOR DOE AND DOHMH ONLY)**

Student's Name: \_\_\_\_\_ OSIS No: \_\_\_\_\_

Received by: \_\_\_\_\_ Reviewed by: \_\_\_\_\_  
Name Date Name Date

Referred to School 504 Coordinator:  Yes  No Self-Monitors:  Yes  No

Services provided by:  Nurse  DOHMH Public Health Adv.  School Based Clinic  DOE School Staff

Signature and Title: \_\_\_\_\_ (RN OR SMD) \_\_\_\_\_ (Date school notified and form forwarded to DOE liaison)