



Décharge pour l'administration de médicaments non prescrits

تصريح بإعطاء أدوية غير موصوفة

No. de Document:	LLM/MR-05
Date Effective:	Juillet 2016
Date de Révision:	Juillet 2018
Version :	2

LLM/MR-05	رقم الوثيقة:
يوليو/تموز 2016	تاريخ بدء النفاذ:
يوليو/تموز 2018	تاريخ التعديل:
2	النسخة:

J'autorise mon enfant :

Nom complet :

Date de naissance :

Genre : Masculin Féminin

Nationalité :

Adresse :

Téléphone :

Classe :

أسمح بإعطاء ابني/ابنتي:

الاسم الكامل:

تاريخ الميلاد:

الجنس: أنثى ذكر

الجنسية:

العنوان:

رقم الهاتف:

الصف:

à recevoir un médicament non prescrit approprié dans les cas suivants :

- 1- Administration d'**adrénaline** en cas de crise allergique aigüe (choc anaphylactique)
- 2- Administration d'un inhalateur de **Salbutamol** pour contrôler les symptômes asthmatiques
- 3- Administration de **glucose** par voie orale en cas d'hypoglycémie (niveau bas de sucre dans le sang)
- 4- Administration de **Paracétamol** pour contrôler les douleurs et fièvres peu intenses et les modérer.
- 5- Administration locale d'**antihistaminique** en cas de réactions allergiques

الدواء المناسب غير الموصوف للحالات التالية:

- 1- الأدرينالين في حالات نوبات الحساسية المفرطة (الصدمة التأقية)
- 2- السالبوتامول عن طريق الاستنشاق للتحكم بأعراض الربو
- 3- الجلوكوز عن طريق الفم في حالات نقص سكر الدم
- 4- الباراسيتامول للتحكم بالحمى والألام غير الحادة وتسكينها
- 5- مضادات الهيستامين الموضعية لحالات الحساسية.



aefe
Agence pour
l'enseignement français
à l'étranger





Le personnel de l'école doit-il prendre des précautions particulières ?	Y-a-t-il une contre-indication que le personnel de l'école doit savoir ?	هل من موانع استعمال يجب أن يكون موظفو المدرسة على دراية بها؟	هل يتوجب على موظفي المدرسة اتخاذ أي إجراءات وقائية؟
Quels sont les effets secondaires possibles ?	Que doit-on faire en cas de réaction/effet secondaire ?	ماذا علينا أن نفعل في حالات التفاعلات/الأثار الجانبية؟	ما هي الأثار الجانبية المحتملة؟

Veillez valider la case appropriée ci-dessous :

OUI - Les traitements ci-dessus peuvent être administrés par une infirmière/un médecin scolaire agréé par la HAAD (Health Authority of Abu Dhabi) en accord avec ses standards et ses règlements en vigueur.

NON – Les traitements ci-dessus ne peuvent pas être administrés par une infirmière/un médecin scolaire agréé par la HAAD.

Nom complet du parent/Tuteur : _____

Signature : _____

Date : _____

يرجى وضع علامة في المربع المناسب أدناه:

نعم – يجوز لممرضة/طبيب مدرسة مجاز من قبل هيئة الصحة في أبو ظبي، إعطاء الأدوية المذكورة أعلاه وفق معايير الهيئة وأنظمتها مرعية الإجراء.

كلا – لا يجوز لممرضة/طبيب مدرسة مجاز من قبل هيئة الصحة في أبو ظبي، إعطاء الأدوية المذكورة أعلاه.

إسم الوالدة(ة)/ولي(ة) الأمر الكامل: _____

التوقيع: _____

التاريخ: _____



aefe
Agence pour
l'enseignement français
à l'étranger

