



Décharge pour l'administration de médicaments prescrits		تصريح بإعطاء الأدوية الموصوفة	
Document No :	LLM/MR-06	رقم الوثيقة:	LLM/MR-06
Date Effective:	Juillet 2016	تاريخ بدء النفاذ:	يوليو/تموز 2016
Date de Révision:	Juillet 2018	تاريخ التعديل:	يوليو/تموز 2018
Version :	2	النسخة:	2
Partie 1 (A remplir, signer et valider par un médecin agréé par la HAAD)		القسم الأول (تتم تعبئة هذا القسم وتوقيعه والمصادقة عليه من قبل طبيب مجاز من هيئة الصحة في أبو ظبي)	
Nom de l'étudiant:		إسم الطالب:	
Prénom	2ème Prénom	Nom	الإسم
Date de naissance (Jour/Mois/An):		تاريخ الميلاد (اليوم/الشهر/العام):	
Etat de santé pour lequel le médicament est prescrit:		الوضع الصحي الذي يتطلب إعطاء الدواء الموصوف:	
Nom du médicament:		إسم الدواء:	
Dose:		الجرعة:	
Ce traitement doit durer jusqu'à:		يجب إعطاء هذا الدواء حتى تاريخ:	
Manière d'administrer le médicament:		طريقة إعطاء الدواء:	
<input type="checkbox"/> Par voie orale	<input type="checkbox"/> Injection	<input type="checkbox"/> عن طريق الفم	<input type="checkbox"/> عن طريق الحقن
<input type="checkbox"/> Inhalation	<input type="checkbox"/> Local	<input type="checkbox"/> عن طريق الاستنشاق	<input type="checkbox"/> موضعياً
<input type="checkbox"/> Autre: (Veuillez spécifier)		<input type="checkbox"/> طريقة أخرى: (يرجى تحديدها)	
Quelles sont les heures auxquelles le médicament doit être administré? _____ du matin _____ de l'après-midi		في أي أوقات يجب إعطاء الدواء؟ صباحاً _____ من بعد الظهر	



Le personnel de l'école doit-il prendre des précautions particulières ?	Y-a-t-il des contre-indications 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؟
Quelles sont les réactions possibles/effets secondaires?	Que doit-il être fait en cas de réactions /effets secondaires?	ماذا علينا أن نفعل في حالات التفاعلات/الآثار الجانبية؟	ما هي التفاعلات/الآثار الجانبية المحتملة؟
Validez la case appropriée ci-dessous: <input type="checkbox"/> J'autorise cet étudiant à s'auto-administrer le médicament ci-dessus. <input type="checkbox"/> Le médicament ci-dessus ne peut être administré que par une infirmière scolaire agréée par la HAAD.		يرجى وضع علامة في المربع المناسب أدناه: <input type="checkbox"/> يسمح للطالب بأخذ الدواء المذكور أعلاه بنفسه. <input type="checkbox"/> يسمح لممرضة مدرسة مجازة من قبل هيئة الصحة في أبو ظبي فقط إعطاء الدواء المذكور أعلاه.	
Nom, adresse, No de téléphone de l'assurance médicale	Signature du médecin traitant qui a prescrit le médicament	توقيع الطبيب المعالج الذي وصف الدواء	إسم شركة التأمين الصحي وعنوانها ورقم هاتفها
Partie 2 (A remplir et à signer par les parents): Je comprends qu'il est de ma responsabilité de transmettre le médicament à l'école dans le conditionnement initial de la pharmacie, étiqueté avec le nom de l'enfant, les instructions du médecin traitant/le planning des soins et tout autre document qui pourrait aider à l'administration des médicaments spécifiés en toute sécurité. Nom complet des parents/Tuteur: _____ Signature : _____ Date : _____		القسم الثاني (تتم تعبئة هذا القسم وتوقيعه من قبل الأهل): أفهم أنه من مسؤوليتي إرسال الدواء إلى المدرسة بعبوة الصيدلية الأساسية وإصاق إسم ابني/ابنتي عليها وإرسال إرشادات الطبيب المعالج/خطط الرعاية وأي أوراق أخرى تساعد على إعطاء الأدوية المذكورة بسلامة تامة. إسم الوالد(ة)/ولي(ة) الأمر: _____ التوقيع: _____ التاريخ: _____	