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 agrée 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: _____ _____ _____ Prénom 2ème Prénom Nom Date de naissance (Jour/Mois/An): _____	إسم الطالب: _____ _____ _____ الإسم الإسم الثاني الشهرة تاريخ الميلاد (اليوم/الشهر/العام): _____
Etat de santé pour lequel le médicament est prescrit: Nom du médicament:_____	الوضع الصحي الذي يتطلب إعطاء الدواء الموصوف: إسم الدواء:_____
Dose: _____	الجرعة: _____
Ce traitement doit durer jusqu'à:	يجب إعطاء هذا الدواء حتى تاريخ:
Manière d'administrer le médicament: ☐ Par voie orale ☐ Injection ☐ Inhalation ☐ Local ☐ Autre: (Veuillez spécifier) _____	طريقة إعطاء الدواء: ☐ عن طريق الفم ☐ عن طريق الحقن ☐ عن طريق الاستنشاق ☐ موضعيًا ☐ 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؟ _____ صباحًا _____ من بعد الظهر

Ligne directe Infirmerie: 02 678 94 47

Attention: il est obligatoire de joindre la prescription médicale et le rapport médical avec ce document.

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: ☐ J'autorise cet étudiant à s'auto-administrer le médicament ci-dessus. ☐ Le médicament ci-dessus ne peut être administré que par une infirmière scolaire agrée par la HAAD.		يرجى وضع علامة في المربع المناسب أدناه: ☐ يسمح للطالب بأخذ الدواء المذكور أعلاه بنفسه. ☐ 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):		**القسم الثاني (تتم تعبئة هذا القسم وتوقيعه من قبل الأهل):**	
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** : _____		أفهم أنه من مسؤوليتي إرسال الدواء إلى المدرسة بعبوة الصيدلية الأساسية وإلصاق 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: _____	

Ligne directe Infirmerie: 02 678 94 47

Attention: il est obligatoire de joindre la prescription médicale et le rapport médical avec ce document.