

በህኪም የታዘዘ መድኃኒት ለመስጠት የተሰጠ ፈቃድ/ኃላፊነት የፈቃድ መስጫ እና ከተጠያቂነት ነፃ ማድረጊያ ስምምነት Release and Indemnification Agreement



የሞንትጎመሪ ካውንቲ የሕዝብ ት/ቤቶች (MCPS)
የሞንትጎመሪ ካውንቲ የጤና እና ሰብአዊ አገልግሎቶች መምሪያ
MONTGOMERY COUNTY DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES የ MCPS ቅጽ 525-13
Rockville: Maryland 20850 ፌብሩዋሪ 2019
h2 ገጽ 1ኛው

ክፍል I:- በወላጅ/አሳዳጊ የሚሞላ

የሞንትጎመሪ ካውንቲ የህዝብ ት/ቤቶች (MCPS) እና የሞንትጎመሪ ካውንቲ የጤና እና ሰብአዊ አገልግሎቶች (DHHS) ሠራተኞች ከዚህ በታች ክፍል II በተገለጸው መሠረት የታዘዘለትን/የታዘዘላትን መድኃኒት መስጠት እንዲችሉ መጠየቁን እና ፈቃድ መስጠቱን አረጋግጧለሁ። ለዚህ/ች ተማሪ የታዘዘለትን/የታዘዘላትን መድኃኒት በመስጠታቸው ምክንያት MCPS ን እና DHHS እና ማናቸውም ሃላፊዎቻቸውን፣ የሰራተኛ አባሎች፣ ወይም ወኪሎች ከህጋዊ ክስ፣ የይገባኛል፣ ከጥያቄ፣ ወይም ከሚወሰድ እርምጃ፣ የ MCPS እና የ DHHS ሰራተኞች መድኃኒት ለማዘዝ የተፈቀደለ(ላ)ት የህክምና ባለሙያ ትእዛዝ፣ ታች ክፍል 2፣ በተፃፈው መሰረት እስከሰጡ ድረስ ከማናቸውም አይነት ተጠያቂነት ነፃ ስለመሆናቸው መስማማቴን አረጋግጧለሁ። ከዚህ ቅጽ ጀርባ የተዘረዘረውን መመሪያ አንብቤአለሁ እናም የሚጠየቁትን ሃላፊነቶችን እወስዳለሁ።

የተማሪው/የተማሪዋ ስም:- የአያት ስም, መጠሪያ ስም, የአባት ስም የመጀመሪያ ፊደል _____

የመታወቂያ ቁጥር/MCPS ID# _____ የትውልድ ቀን ____/____/____ የት/ቤት ስም _____

የህክምና/የመድኃኒት ትእዛዝ:- እድሳት አዲስ አዲስ ከሆነ፣ በአንድ ሙሉ ቀን ከሚወሰድ የመጀመሪያው እቤት ውስጥ የተሰጠበት ቀን:- ____/____/____

ተማሪው/ተማሪዋ በመውሰድ ላይ ያለችውን/ ያለውን ሁሉንም መድኃኒት/ቶች ዘርዝሩ፣ ያለህኪም ትእዛዝ የሚጠቀመውን/የምትጠቀመውን ጨምሮ:-

ፊርማ:- ወላጅ/ሞግዚት _____ ስልክ ____-____-____ ቀን ____/____/____

ክፍል II:- መድኃኒት የማዘዝ ፈቃድ ባለው/ባላት የጤና ባለሙያ (ሃኪም) የሚሞላ

DHHS and MCPS discourage the administration of medication to students in school during the school day. Any necessary medication that possibly can be administered before and after school should be so prescribed. Only non-parenteral medications are administered except in specific emergency situations. School personnel will, when it is absolutely necessary, administer medication to students during the school day and while participating in outdoor education programs and overnight field trips, according to the procedures outlined on the back of this form.

PLEASE USE A SEPARATE FORM FOR EACH MEDICATION

Name of Medication (trade name or generic): _____ Diagnosis: _____

Dosage: _____ Time(s) to be given at school: _____
Ranges not accepted (i.e., 1 to 2 tabs or 2 to 4 puffs)

Route of Administration: _____

Medication orders effective Current school year, **OR** Effective dates ____/____/____ to ____/____/____

Side Effects: _____

If PRN, specify when indicated (signs/symptoms) _____

Frequency of administration (ranges not accepted, i.e. every 2 to 4 hours) _____

Authorized Prescriber's Name (print/type) _____ Phone ____-____-____ Date ____/____/____

Authorized Prescriber Signature _____

SELF-CARRY/SELF-ADMINISTRATION OF EMERGENCY MEDICATION AUTHORIZATION/APPROVAL

Self-carry/self-administration of **emergency** medication such as inhalers and epinephrine auto-injectors must be authorized by the authorized prescriber and be approved by the school nurse according to the Maryland State School Health Services Guidelines.

Authorized prescriber's authorization for self-carry/self-administration of emergency medication

Signature _____ Date ____/____/____

School Nurse (RN) approval for self-carry/self-administration of emergency medication

Signature _____ Date ____/____/____

ክፍል III:- በት/ቤት ማህበረሰብ ነርስ ወይም በርእሰመምህር የሚሞላ/PART III: TO BE COMPLETED BY THE SCHOOL COMMUNITY HEALTH NURSE OR PRINCIPAL

Check as appropriate:

- Parts I and II above are completed, including signatures. (It is acceptable if all items of information in Part II are written on the authorized prescriber's stationery/prescription form)
- Prescription medication is properly labeled by a pharmacist.
- Medication label and authorized prescriber order are consistent.
- Over-the-counter medication is in an original container with the manufacturer's dosage label and safety seal intact.

_____/_____/____ Date any unused medication is to be collected by the parent/guardian (within one week after expiration of the authorized prescriber's order).

Signature, School Community Health Nurse (SCHN)/Principal _____ Date ____/____/____

መረጃ እና ቅደም-ተከተሎች

1. የመድሃኒት ህክምናዎች በት/ቤት ወይም በት/ቤት ስፖንሰር በሚደረጉ የእንቅስቃሴ ወቅቶች ያለ ወላጅ/አሳዳጊ የተፈረመ ፈቃድ እና የተፈቀደለ(ላ)ት የህክምና የጽሑፍ ትእዛዝ ሳይኖር አይሰጡም። ይህ በሃኪም ማዘገፍ እና ያለ ማዘገፍ ከመድሃኒት-ቤት-መደርደሪያ (OTC) ሁለቱንም መድሃኒቶች ያጠቃልላል።
2. በትምህርት ቤት ህክምና/መድሀኒት ለመስጠት ይህ ቅጽ መሞላት አለበት። የMCPS ፎርም 525-14፣ በምርመራ ለአናፊላክሲስ የተለየ(ች)ተማሪ አስቸኳይ ጥንቃቄ አፈፃፀም፣ ለኤፒነፍሪን አውቶማቲክ የሚሰጥ መድኃኒት ከተጠያቂነት ነፃ የሚያደርግ ስምምነት፣ ለኤፒነፍሪን በመርፌ የሚሰጥ አውቶማቲክ መድኃኒት ይመረጣል።
3. ክፍል 1ን የመሙላት እና የተፈቀደለ(ላ)ት የህክምና ትዕዛዝ መግለጫን በክፍል 2 ላይ ማግኘት የወላጅ/አሳዳጊ ሃላፊነት ነው። በየት/ቤት አመቱ ለእያንዳንዱ አዲስ እና የሚቀጥል ትእዛዝ ወይም በአሰጣጡ/አወሳሰዱ መጠንና ጊዜ በየትምህርት አመቱ አንዳንድ ለውጥ ቢኖር ይህ ይጠየቃል/ይፈለጋል። (መድኃኒት ለማዘዝ የተፈቀደለት የህክምና ትእዛዝ የሚሰጥ ባለሙያ ክፍል 2 ከመሙላት ይልቅ የቢሮ የጽህፈት ማስታወሻ ወይም በህክምና ማዘገፍ ማታወሻ መጠቀም ይችላል/ትችላሉ።) የሚያስፈልገው መረጃ/ኢንፎርሜሽን ማካተት ያለበት፡- የተማሪው(ዋ) ን ስም፣ የምርመራ አይነት፣ የህክምና//የመድሀኒት ስም፣ የአወሳሰድ መጠን፣ መድኃኒት የሚሰጥበት ሰዓት፣ የመድኃኒት አሰጣጥ መንገድ፣ የታዘዘው መድኃኒት ለምን ያክል ጊዜ እንደሚቆይ፣ ሊያስከትል የሚችል ጉዳት፣ መድኃኒት ያዘዘ(ች)ው ፊርማ፣ እና ቀን
4. መድሃኒቱ ለት/ቤቱ በወላጅ/አሳዳጊ፣ ወይም በተለየ ሁኔታ፣ በወላጅ/አሳዳጊ የተወከለ አዋቂ ሰው መስጠት አለበት። በምንም ሁኔታ ቢሆን የት/ቤቱ የጤና (DHHS) ወይም የት/ቤት (MCPS) ሰራተኞች በተማሪው/ዋ ወደ ት/ቤት የመጣ መድሃኒትን ተማሪው/ዋ ላይ አያውሉትም።
5. ሁሉም የትእዛዝ መድሃኒቶች የመድሃኒት ቤት መለያ/መግለጫ በተለጠፈበት መያገርያ መቅረብ አለባቸው። በሃኪም ሳይታዘዝ ከመድሃኒት ቤት መደርደሪያ ተገዝተው የሚወሰዱ መድኃኒቶች በኦርጅናል እቃ/ብልቃጥ ስለአወሳሰዱ ከመድኃኒት አምራቹ በዝርዝር የተገለጸበት ጽሁፍ እና በደንብ የተከደነ መሆን አለበት። ለህክምና የታዘዙ ናሙናዎች በተፈቀደለ(ላ)ት የህክምና ባለሙያ በአግባቡ ምልክት እንዲለጠፍባቸው ያስፈልጋል።
6. ማንኛውም ለድንገተኛ ሁኔታ ያልሆነ አዲስ መድሃኒት የመጀመሪያ ቀን መጠን ት/ቤት ከመሰጠቱ አስቀድሞ እቤት ውስጥ መስጠት/መወሰድ ነበረበት።
7. ፈቃድ ባለው/ባላት የህክምና የህክምና ባለሙያ የታዘዘበት የጊዜ ገደብ ካከተመ ባንድ ሳምንት ውስጥ ወይም በትምህርት አመቱ መጨረሻ ላይ ጥቅም ላይ ሳይውል የተረፈ መድሃኒት መልሶ መውሰድ የወላጅ/አሳዳጊ ሃላፊነት ነው። በዚያን ጊዜ ውስጥ ያልተወሰደ መድሃኒት ይጣላል።
8. በራስ የሚወሰዱ እና/ወይም በህክምና ያልታዘዙ መድሃኒቶች ሃላፊነቱ በአጠቃላይ የወላጅ/አሳዳጊ እንጂ የ MCPS ወይም የ DHHS አይደለም። በተፈቀደለ(ላ)ት ኃኪም ያልታዘዙ እና በወላጅ/አሳዳጊ ፈቃድ ያልታጀቡ መድሃኒቶች በጤና ክፍል ውስጥ አይቀመጡም።
9. ተማሪዎች ቁጥጥር የሚደረግባቸው እያችን በራሳቸው መውሰድ አይችሉም።
10. ለአስም ወደ ውስጥ የሚሰቡ እና አናፍሌክሲስ/አሌርጂክ ለሚሆን (anaphylaxis) epinephrine auto-injector የመሣሰሉ በድንገተኛ ሁኔታ ወቅት ህክምና በራስ ይዞ በራስ ለመወሰድ/ለመገልገል መድኃኒት የማዘዝ ፈቃድ ባለው/ባላት የህክምና ባለሙያ የታዘዘ እና የወላጅ/ሞግዚት ፈቃድ አስፈላጊ ነው። የት/ቤቱ ነርስ የተማሪው/ የተማሪዋን መድሃኒት በራስ ለመውሰድ ያለው/ያላት ችሎታ እና ብቃት መገምገም እና ማጽደቅ አለበት/ባት። 911 መጥራት ሊያስፈልግ ስለሚችል ተማሪው/ተማሪዋ አየር ወደውስጥ ለመሳብ የሚረዳ መሣሪያ በመጠቀም ምንም ለውጥ ለማግኘት እንዳልተቻለ ወይም በግሉ(ሷ) epinephrine auto injector መጠቀሙን/መጠቀሟን ለጤና ሠራተኛ ወይም ለ MCPS የሥራ ባልደረባ መናገር በጣም አስፈላጊ መሆኑን ተማሪዎች መረዳት አለባቸው።
11. ስለተማሪው/ዋ ወይም ስለ መድሃኒት ጥያቄ ከተነሳ፣ የ Health Insurance Portability and Accountability Act (በጤና መድሀን/ኢንሹራንስ የማስተላለፍ እና ተጠያቂነት ህግ)(HIPAA) በሚፈቅደው መሰረት፣ የት/ቤቱ ነርስ የህክምና መድኃኒቱን ላዘዘው ባለሙያ ሊደውልለት/ልትደውልለት ይችላል/ትችላሉ።