

# ترخيص لإتباع خطة عمل في مدارس FCPS للتحكم بالحساسية المفرطة

يرجى قراءة المعلومات والإجراءات المعمول بها والموجودة على الجهة الأخرى من هذه الورقة

## الجزء I يجب إكمالها من قبل ولي أمر الطالب أو الوصي الشرعي

بموجب هذه الوثيقة، أنا أخول موظفي مدارس مقاطعة فيرفاكس الحكومية (FCPS) ودائرة الصحة في مقاطعة فيرفاكس (FCHD) ومركز رعاية الأطفال في سن المدرسة (SACC) إعطاء حقنة الإبينيفرين (epinephrine) حسب ما ورد في إرشادات مقدم الرعاية الصحية (الجزء II) أنا أو أوافق على إعفاء مدارس مقاطعة فيرفاكس الحكومية FCPS ودائرة الصحة في مقاطعة فيرفاكس FCHD ومركز رعاية الأطفال في سن المدرسة SACC من المسؤولية أو مطالبتهم بدفع تعويض أو إلحاق الضرر بهم أو بأي من الموظفين المسؤولين فيها أو كادر العاملين أو المتدربين عن طريق رفع دعوى قضائية أو إدعاء أو المطالبة بدفع مصاريف أو مطالبات أو إتخاذ إجراءات، الخ، ضدهم نتيجة استخدامهم للحقنة بشرط إتباعهم تعليمات مقدم الرعاية الصحية الواردة في (الجزء II). أدرك بأن من يعطي حقنة الإبينيفرين هو موظف مدرب لكنه ليس أحد أفراد الكادر المرخص لهم للعمل في المجال الصحي، وأوافق على ذلك. كما أدرك بأنه لا يمكن للموظف من غير أفراد الكادر المرخص لهم للعمل في المجال الصحي مراقبة ظهور الأعراض وغير مسموح له الإنتظار لحين ظهور الأعراض قبل إعطاء حقنة الإبينيفرين للطلاب الذين لديهم تقرير من جهة معتمدة للرعاية الصحية. أنا أفهم بأنه سيتم دائماً استدعاء الخدمات الطبية الطارئة (EMS) لدى إعطاء حقنة الإبينيفرين، سواء كان الطالب يعاني أو لا يعاني من ظهور أعراض فرط الحساسية. لقد قرأت الإجراءات الموضحة في الجهة الأخرى من هذه الوثيقة وأتحمّل كامل المسؤولية المترتبة عنها على النحو اللازم.

اسم الطالب (الاسم الأخير، الأول، الأوسط)

| تاريخ الميلاد | اسم المدرسة | السنة الدراسية | المرحلة الدراسية |
|---------------|-------------|----------------|------------------|
|---------------|-------------|----------------|------------------|

لا يحق لأي موظف من موظفي المجلس التعليمي أو مرضعة الصحة العامة أو المسعف الصحي في المدرسة إعطاء الدواء أو العلاج كإستثناء بموجب سياسة المجلس التعليمي، ما لم يُطلع مدير المدرسة شخصياً أو من ينوب عنه على جميع التصاريح اللازمة. أنا أعطي الإذن للإتصال بمزوّد الرعاية الصحية أتناه لتوضيح المعلومات المقدمة في الطلب إذا دعت الحاجة.

|                                      |                        |         |
|--------------------------------------|------------------------|---------|
| توقيع ولي أمر الطالب أو الوصي الشرعي | رقم الهاتف خلال النهار | التاريخ |
|--------------------------------------|------------------------|---------|

## الجزء II إكمالها من قبل مزود الرعاية الصحية

يتم إعطاء حقنة الإبينيفرين في مدارس FCPS أو مركز SACC من قبل موظف من غير أفراد الكادر المرخص لهم للعمل في المجال الصحي. حيث تم تدريب هؤلاء الأشخاص من قبل مرضعة الصحة العامة في المدرسة لإعطاء الحقن. كما يُرجى الملاحظة بأن أعضاء الكادر المدرسي هؤلاء ليسوا مدرّبين على مراقبة الحالة الصحية. لا يمكن للموظف من غير أفراد الكادر المرخص لهم للعمل في المجال الصحي مراقبة ظهور الأعراض وغير مسموح له الإنتظار لحين ظهور الأعراض قبل إعطاء حقنة الإبينيفرين للطلاب الذين لديهم تقرير من جهة معتمدة للرعاية الصحية.

وبغض النظر عن ما إذا ظهر على الطالب أعراض، سيتم إعطاء حقنة الإبينيفرين فوراً بعد الإبلاغ عن التعرض إلى

مادة (مواد) مسببة للحساسية: \_\_\_\_\_ قبل إعطاؤه أي دواء آخر.

حدد المادة (المواد) المسببة للحساسية أو أكتب غير معروف

طريقة التعرض:  البلع عن طريق الفم  ملامسة الجلد  الإستنشاق  لدغة أو عضة حشرة أو

إذا ظهرت على الطالب أي من الأعراض الشديدة التالية:

- صعوبة مفاجئة في التنفس أو مصحوبة بصفير عند التنفس
- طفح جلدي، توهج عام، حكة، أو احمرار جلدي
- تورم في الحنجرة، الشفتين، اللسان، الشعور بضيق في الحلق/تغيّر في الصوت، صعوبة في البلع
- غيرها

ضع علامة على المربع المناسب: (ملاحظة: سيتم إعطاء حقنة الإبينيفرين أولاً قبل إعطاء أي دواء آخر).

ضع علامة على الجرعة المناسبة والمحسوبة مسبقاً من الإبينيفرين عن طريق الحقن العضلي:

جرعة الإبينيفرين:  0.3 ملغم  0.15 ملغم  0.1 ملغم

كرر الجرعة بعد 5 دقائق  10 دقائق  15 دقيقة إذا لم يصل فريق الخدمات الطبية الطارئة EMS. (ستكون هناك حاجة إلى إعطاء جرعتين محسوبيتين مسبقاً في المدرسة).

أعط حقنة الإبينيفرين أولاً، يعقبها مضادات الهيستامين على الفور عن طريق الفم، إذا استوجب ذلك: اسم مضادات الهيستامين عن طريق الفم \_\_\_\_\_ الجرعة: \_\_\_\_\_

ضع علامة على مربع واحد مناسب:

يتعين على الطالب حمل حقنة الإبينيفرين معه خلال ساعات الدوام المدرسي يعلم مدير المدرسة، وبإمكانه استخدام حقن/إبرة الإبينيفرين في حالة الطوارئ على النحو السليم. يجب على الطالب الذي يستخدم حقنة الإبينيفرين بنفسه إبلاغ أعضاء الكادر المدرسي. يجب الاحتفاظ بجرعة واحدة إضافية لإستخدام كجرعة احتياطية في العيادة الصحية أو في مكان معتمد آخر في المدرسة.

يتعين على الطالب حمل حقنة الإبينيفرين معه خلال ساعات الدوام المدرسي يعلم مدير المدرسة، لكن لا يمكنه استخدام حقن/إبرة الإبينيفرين في حالة الطوارئ على النحو السليم. يجب الاحتفاظ بجرعة واحدة إضافية لإستخدام كجرعة احتياطية في العيادة الصحية أو في مكان معتمد آخر في المدرسة.

سوف يتم الاحتفاظ بحقنة الإبينيفرين في العيادة الصحية في المدرسة.

تاريخ سريان المفعول:  السنة الدراسية الحالية أو  من \_\_\_\_\_ إلى \_\_\_\_\_

|   |                                    |                      |         |
|---|------------------------------------|----------------------|---------|
| اسم مقدم الخدمة الصحية (كتابة يد أو طباعة)  | توقيع مقدم الرعاية الصحية          | رقم الهاتف أو الفاكس | التاريخ |
| اسم أحد الوالدين أو الوصي الشرعي (كتابة أو طباعة)<br>(مطلوب إذا كان الطالب يحمل حقنة الإبينيفرين)<br>توقيع الطالب (مطلوب إذا كان الطالب يحمل حقنة الإبينيفرين): | توقيع أحد الوالدين أو الوصي الشرعي | رقم الهاتف           | التاريخ |

## الجزء III يُكمل هذا الجزء من قبل مدير المدرسة أو من ينوب عنه

ضع علامة ✓ في المكان المناسب:

تم إكمال المعلومات في الجزئين I و II أعلاه مع التوقيعات المطلوبة.

جميع المعلومات المطلوبة مسجلة على الأدوية بصورة ملائمة.

تاريخ إستعادة ولي الأمر أو الوصي الشرعي للأدوية غير المستعملة.  
(خلال أسبوع واحد بعد تاريخ إنتهاء نفاذية هذا الترخيص أو في اليوم الأخير من المدرسة).

توقيع مدير المدرسة أو من ينوب عنه \_\_\_\_\_ التاريخ

## الجزء IV يُكمل هذا الجزء من قبل مرضعة الصحة العامة المدرسية

ضع علامة ✓ في المكان المناسب:

تمت مراجعة التعليمات المدرجة أعلاه.

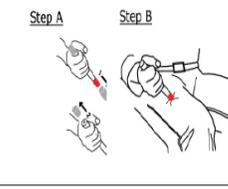
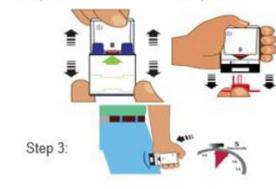
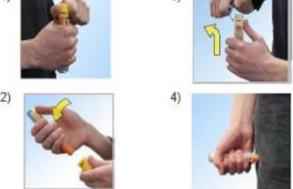
تم إكمال خطة العمل الفردية للطلاب للتحكم بالحساسية المفرطة على الصفحة الثانية.

|                                |                          |         |
|--------------------------------|--------------------------|---------|
| اسم مرضعة الصحة العامة (كتابة) | توقيع مرضعة الصحة العامة | التاريخ |
|--------------------------------|--------------------------|---------|

يتم الإفصاح عن المعلومات المأخوذة من ملف الطالب المدرسي في مدارس مقاطعة فيرفاكس الحكومية بشرط أن يوافق الطرف المستفيد على عدم السماح لأي طرف آخر بالحصول على تلك المعلومات دون إستحصل موافقة خطية من أحد الوالدين أو الوصي الشرعي أو من الطالب المؤهل لإعطاء مثل هذه الموافقة.

**خطوات العمل لاستخدام حقنة الإبينيفرين (على مرضة الصحة العامة المدرسية إكمال المعلومات في البنود أدناه)**

1. استخدم تدابير الوقاية العامة دائماً.
  2. قم بإعطاء حقنة الإبينيفرين على الفور. **يرجى الإطلاع على تعليمات إعطاء الحقنة أدناه.** قم بتدوين وقت إعطاء الحقنة.
  3. **أتصل بالرقم 911.**
  4. قم بإبقاء الشخص في وضعية إستلقاء بشكل مسطح مع رفع الساقين، مع المحافظة على دفئه، أو إبقائه في وضعية مريحة.
  5. قم بإعطاء أدوية أخرى إذا كان يتوجب ذلك:
  6. إذا فقد الطالب الوعي، قم بالتحقق من التنفس وقم ببداية عملية التدخل للإنعاش القلبي الرئوي إذا تطلب الأمر ذلك.
  7. قم بإبلاغ أحد الوالدين أو كلاهما أو الأشخاص الذين يمكن الإتصال بهم في حالات الطوارئ.
  8. أكتب اسم الطالب، ووقت وتاريخ إعطاء حقنة الإبينيفرين على الورقة الملصقة على حقنة الإبينيفرين.
  9. كرر إعطاء حقنة الإبينيفرين إذا كان يتوجب ذلك أو إذا لم يصل فريق الخدمات الطبية الطارئة EMS.
  10. قم بتوثيق إعطاء حقنة الإبينيفرين على مخطط الأدوية.
  11. أرسل حقنة الإبينيفرين المستعملة مع فريق الخدمات الطبية الطارئة EMS أو مع أحد الوالدين.
  12. إذا تم نقل الطالب من قبل فريق الخدمات الطبية الطارئة EMS، قم بتزويد نسخة من إستمارة المعلومات الحالية لتوفير الرعاية في حالة الطوارئ.
- مكان تواجد حقنة الإبينيفرين: □ غرفة الصحة المدرسية □ حمل الطالب للحقنة بنفسه □ غيرها:**
- إعتبارات خاصة:**
- على مرضة الصحة العامة المدرسية تسجيل نوع أداة حقنة الإبينيفرين المستعملة:**

| <input type="checkbox"/> EPIPEN® AUTOINJECTOR  | <input type="checkbox"/> GENERIC EPINEPHRINE AUTOINJECTOR  | <input type="checkbox"/> AUVI-Q® AUTOINJECTOR  | <input type="checkbox"/> TEVA GENERIC AUTOINJECTOR  |
|--|--|--|---|
| <b>DIRECTIONS</b><br>1. Remove EpiPen Auto-Injector from plastic carrying case.<br>2. Pull off blue safety release cap.<br>3. Hold leg to stabilize.<br>4. Place orange tip against mid-outer thigh and firmly push. <b>Press firmly and hold for 3 seconds.</b><br>5. Remove and massage the area for 10 seconds. | <b>DIRECTIONS</b><br>1. Remove the outer case.<br>2. Remove both end caps (1 and 2).<br>3. Hold the leg to stabilize.<br>4. Place rounded tip against mid-outer thigh.<br>5. Press down hard until needle penetrates. <b>Hold for 10 seconds.</b><br>6. Remove and massage the area for 10 seconds.<br>7. Needle will be exposed; dispose of per training. | <b>DIRECTIONS</b><br>1. Remove the outer case; voice command automatically activates.<br>2. Pull off red safety guard.<br>3. Hold leg to stabilize.<br>4. Place black end against mid-outer thigh.<br>5. <b>Press firmly and hold for 2 seconds.</b><br>6. Remove and massage the area for 10 seconds. | <b>DIRECTIONS</b><br>1. There is no outer case for this device.<br>2. Twist the yellow or green cap in the direction of the "twist arrow" to remove cap.<br>3. Pull off the blue safety release cap.<br>4. Hold leg to stabilize.<br>5. Place orange tip against mid-outer thigh and firmly push until you hear a click. <b>Hold firmly in place for 3 seconds.</b><br>6. Remove and massage the area for 10 seconds. |
|    |    |   |   |

1. يمكن أن تُعطى حقنة الإبينيفرين في المدرسة، أو خلال فترة مزاولة الأنشطة المدرسية، أو في مركز SACC فقط مع وجود ترخيص يحمل توقيع كل من مُقدم الرعاية الصحية وولي الأمر أو الوصي الشرعي.
2. يجب أن تكون هذه الإستمارة في ملف الطالب في العيادة المدرسية أو في موقع معتمد آخر يتم الموافقة عليه. يتحمل ولي أمر الطالب أو الوصي الشرعي مسؤولية الحصول على تقرير من مُقدم الرعاية الصحية الوارد في الجزء II. الطالب الذي يبقى في مركز رعاية الأطفال في سن المدرسة SACC، يجب أن تكون نسخة من رخصة إعطاء حقنة الإبينيفرين محفوظة في ملفه في المركز.
3. يجب تقديم إستمارة جديدة للمدرسة في كل سنة دراسية وكلما كانت هناك تغييرات في مقدار الجرعة أو تغيير في الحالات التي تحتاج إلى حقن إبر الإبينيفرين.
4. يمكن فقط إعطاء جرعات محسوبة مسبقاً من الإبينيفرين من قبل أعضاء كادر مدارس FCPS ودائرة الصحة في مقاطعة فيرفاكس FCHD ومركز رعاية الأطفال في سن المدرسة SACC.
5. بالنسبة للطلاب الذين لديهم تقرير يرخّص استخدام حقنة الإبينيفرين صادر من قبل مُقدم الرعاية الصحية، بالإمكان إعطاء هذه الحقنة في مدارس FCPS أو مركز SACC من قبل موظف من غير أفراد الكادر المرخص لهم للعمل في المجال الصحي، حيث لا يمكنه مراقبة ظهور الأعراض وغير مسموح له الإنتظار لحين ظهور الأعراض قبل إعطاء حقنة الإبينيفرين.
6. يجب أن تكون المعلومات مسجلة على علب الدواء بالشكل الصحيح من قبل الصيدلي. إذا كانت الوصفة الطبية لمُقدم الرعاية الصحية تتضمن تكرار حقنة الإبينيفرين، عندئذ يتوجب على ولي أمر الطالب أو الوصي الشرعي تزويد المدرسة بحقنتين/إبرتين من الإبينيفرين. أما الطالب الذي يحمل معه حقنة من إبر الإبينيفرين، فعلى ولي أمر الطالب أو الوصي الشرعي تزويد المدرسة بحقنة احتياطية تُخزّن في غرفة العبادة الصحية أو غيرها من الأماكن المرخص بها. يجب الإشارة بوضوح إلى تاريخ إنتهاء الصلاحية على ورقة الصيدلية أو على حقنة/إبرة الإبينيفرين. يجب على ولي الأمر أو الوصي الشرعي إحضار حقنة إبينيفرين بديلة عند إبلاغهم بإنهاء صلاحية الحقنة/الإبرة الحالية أو أنه قد تم إستعمالها.
7. يجب تسليم حقنة الإبينيفرين باليد إلى العيادة الصحية في المدرسة من قبل ولي الأمر أو الوصي الشرعي إلا إذا كان الطالب مرخصاً بحملها خلال ساعات الدوام في المدرسة وفي مركز SACC.
8. يجب على ولي أمر الطالب أو الوصي الشرعي الحضور لأخذ حقنة الإبينيفرين غير المستخدمة في غضون أسبوع واحد بعد إنتهاء فترة هذا الترخيص أو في آخر يوم من المدرسة إلا إذا كان الطالب مرخصاً بحمل حقنة الإبينيفرين معه. إذا لم تؤخذ حقن الإبينيفرين المتبقية ستقوم المدرسة بإتلافها.