



## Non-Prescribed Medication Administration Consent

### الموافقة على إعطاء ادوية بدون وصفة طبية

Student's name	اسم الطالب	Date of Birth	تاريخ الميلاد
Parent's name	اسم ولي الامر	Grade / Section	الصف والشعبة
Address	العنوان		

#### I consent for my child to be given the appropriate medication in the following cases:

وافق على اعطاء ولدي الدواء المناسب في هذه الحالات:

- Epinephrine in case of an acute allergic reaction/ anaphylactic shock  
الادريينالين في حال رد الفعل التحسسي الحاد
- Salbutamol Inhaler to control asthmatic symptoms  
المستنشق للحد من اعراض الربو
- Oral Glucose for hypoglycemia  
الجلوكوز عن طريق الفم في حال نقص السكر في الدم
- Paracetamol to control mild to moderate pain and fever  
باراسيتامول للحد من الآلام الخفيفة والمعتدلة
- Antihistamine for mild allergic reactions  
مضاد للحساسية في حال التحسس المعتدل

Precautions that the school nurse needs to know

احتياطات يجب على الممرضة معرفتها

---

---

---

Allergies/ side effects/ contraindications that the school nurse needs to know

حساسيات، آثار جانبية، وموانع يجب على الممرضة معرفتها

---

---

---

What should be done in case of allergy/ side effect/ contra-indication?

تعليمات بخصوص الاجراءات المناسبة في حال التحسس او ظهور آثار جانبية او موانع

---

---

---

Parent / Guardian full Name

اسم ولي الامر الكامل

-----

Parent / Guardian Signature

توقيع ولي الامر

Date

التاريخ

-----