

La Center School District

PO Box 1840, 725 Хайленд Rd. La Center, WA 98629

Авторизация для введения лекарств

(Оральные препараты, Ингаляторы, Ери-ручка, инсулин, глаза, уши, и актуальные лекарства)

По вопросам обращаться к школьной медсестре: Телефон:

360-263-2134 ext.218 Факс: 360-263-2133

Имя ученика: _____ Дата рождения: _____ Пол: M / F

Школа: _____ Учитель: _____ Оценка: _____

ПОСТАВЩИК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ завершает этот раздел: (печатными буквами)

Я определил, что препарат, указанный ниже, необходим в течение учебного дня: Диагноз или причина

лекарства: Название препарата: _____

_____ доза: _____

- Таблетка / капсула
- жидкость
- Ингалятор
- Распылитель
- Другой _____

Если лекарство дается ежедневно, в какое время? _____

Если лекарство должно быть дано в случае необходимости, описать признаки: _____

Как скоро это можно повторить? _____

студент Разрешена ли носить и самостоятельно администрировать экстренное лекарство? *да* *нет*

Я тренировал этого студента в цели и соответствующего способа и частоты использования. Да Нет Медикаменты разрешения действительно только для текущего учебного года.

Значительные побочные эффекты: _____

Дата: _____ Health Care Provider Подпись: _____

Телефон #: _____ Печать Имя: _____

Факс: _____ Адрес: _____

РОДИТЕЛЬ ОПЕКУН завершает этот раздел:

Я прошу, чтобы мой ребенок будет разрешено принимать лекарства, как описано выше. Я прошу, чтобы персонал уполномоченной школы помочь моему ребенку в принятии лекарства (ов), описанное выше. Я понимаю, что персонал школы будет пытаться управлять лечение своевременно. Я буду предоставлять лекарства в оригинальной, правильно маркированный контейнер.

Я даю разрешение на обмен информации относительно этого лекарства между сотрудниками школы и медицинскими услугами. Я разрешаю мой студент самофоку кэрри ингалятора / сальбутамол. да нет

(Дата)

(Подпись родителя / опекуна)

(Дневной телефон)

(Emergency Phone)

(НАД)



ШКОЛА ЛЕКАРСТВ ПОЛИТИКА

По возможности мы рекомендуем дозы лекарства, чтобы запланировать
во внешкольных часов.

Для тех студентов, которые нуждаются в лечении в школе, следующие требуется законодательством штата Вашингтон (RCW 28A.210.260 и 270) и должна быть завершена и в файле **ДО** любое лекарство может быть дано. Смотрите также район политики и процедуры 3416 и 3416P Медикаменты в школе.

Более-прилавок и без рецепта / ПРОДУКТЫ

- Право на назначение медикаментозных формы **завершено как родитель / опекуном и лицензированный медицинского работника с предписывающим органом.**
- **ДОЛЖЕН** быть в оригинальной упаковке с надписью с именем студента.

предписанное лечение

- Право на назначение медикаментозных формы **завершено как родитель / опекуном и лицензированный медицинского работника с предписывающим органом.**
- Лекарство должно быть в правильно маркированный контейнер из раздаточного аптеки. Аптека может обеспечить меченый контейнер для школы по запросу.
 - o Имя студента
 - o Название, сила и доза лекарства
 - o Время и способ введения не дают не больше,
- чем предложение на 20 дней.

ПОЖАЛУЙСТА, ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ:

- Запросы для введения пероральных препаратов действительны только для лекарств, перечисленных и в указанные даты. Запросы для введения лекарства должны быть переавторизованы каждым учебный год.
- Все лекарства будут храниться в офисе школы, если иное не указано Поставщиком здравоохранения. Лекарства, хранящиеся в этой области не могут быть доступны для студента в течение не- школьных часов.
- Это ответственность родителей / опекунов, чтобы убедиться, что необходимо аварийный (спасательные) лекарства доступны для своих студентов после школы и во время поездки в / из и во время внешкольных мероприятий.

Спасибо за ваше сотрудничество.