

Школьный округ Ла-Сентр

725 X айленд Роуд, Ла-Сентер, Вашингтон, 98629

Разрешение на применение лекарственных средств

По всем вопросам обращайтесь к школьной медсестре:
ES: 360-263-2134 Факс: 360-263-2133
Моб. тел.: 360-263-2136 Факс: 360-263-5936
HS: 360-263-1700 Факс: 360-263-1705

Имя студента: _____ Дата рождения: _____ Пол: М Ж X

Школа: _____ Учитель/Консультант: _____ Оценка: _____

ПОСТАВЩИК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ заполняет этот раздел: (печатными буквами)

I have determined that the medication named below is necessary during the school day:

Diagnosis or reason for medication: _____

Name of medication: _____ Dose: _____

Tablet/Capsule Liquid Inhaler Nebulizer Other

If medicine is given DAILY, at what time? _____

If medicine is to be given WHEN NEEDED, describe indications: _____

How soon can it be repeated? _____ Significant side effects: _____

Is student allowed to carry and self-administer emergency medication? Yes No

I have trained this student in the purpose and appropriate method and frequency of use. Yes No

Medication authorizations are only valid for current school year.

Date: _____ Health Care Provider Signature: _____

Print Name: _____ Phone #: _____

Fax #: _____ Address: _____

РОДИТЕЛЬ/ОПЕКУН заполняет этот раздел:

- Я даю свое разрешение на обмен информацией относительно этого препарата между персоналом школы и нашим поставщиком медицинских услуг.
- Я прошу разрешить моему ребенку принимать лекарство, как описано выше.

Отметьте один из следующих вариантов:

Я предоставляю лекарство в оригинальной, надлежащим образом маркированной упаковке, а уполномоченный персонал школы поможет моему ребенку принимать назначенные ему лекарства.
ИЛИ

Я разрешаю моему ученику самостоятельно переносить и давать лекарство.

(Для студентов, которые приносят лекарство самостоятельно, родитель/опекун или взрослый студент должен заполнить форму « Освобождение от ответственности за самостоятельную переноску и прием лекарств »).

Дата: _____ Подпись родителя / опекуна: _____

(OVER)

ПОЛИТИКА В ОТНОШЕНИИ ЛЕКАРСТВ В ШКОЛЕ

По возможности мы рекомендуем планировать прием лекарств во внешкольное время.

Для тех учеников, которым необходимы лекарства в школе, следующее требуется законом штата Вашингтон (RCW 28A.210.260 и 270) и должно быть заполнено и подано в дело ДО того, как будут выданы какие-либо лекарства. См. также политику и процедуру округа 3416 и 3416P Лекарства в школе и 3419 и процедуру 3419P Самостоятельное введение лекарств от астмы и анафилактики.

БЕЗРЕЦЕПТУРНЫЕ И БЕЗРЕЦЕПТУРНЫЕ ЛЕКАРСТВА/ПРОДУКТЫ

- Форма разрешения на прием лекарств, заполненная обоими родителями/опекунами и лицензированным специалистом в области здравоохранения с полномочиями выписывать рецепты.
- Лекарства ДОЛЖНЫ одитаться в оригинальной упаковке, на которой указано имя учащегося.

ПРОПИСАННЫЕ ЛЕКАРСТВА

- Форма разрешения на прием лекарств, заполненная обоими родителями/опекунами и лицензированным специалистом в области здравоохранения с полномочиями выписывать рецепты.
- Лекарства должны быть в правильно маркированной упаковке из аптеки, где они были выданы. Аптека по запросу может предоставить маркированный контейнер для школы.
 - Имя студента
 - Название, сила действия и доза лекарства
 - Время и способ введения.
 - Обеспечьте запас не более чем на 20 дней.

ПОЖАЛУЙСТА, ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ:

- Запросы на назначение пероральных лекарств действительны только для указанных лекарств и указанных дат. Запросы на назначение лекарств должны быть повторно авторизованы каждый учебный год.
- Все лекарства будут храниться в школьном офисе, если иное не предусмотрено поставщиком медицинских услуг и родителем. Лекарства, хранящиеся в этой зоне, могут быть недоступны ученику в нешкольные часы.
- Родители/опекуны обязаны обеспечить наличие необходимых экстренных (спасательных) лекарств для своих учеников после школьных занятий, во время поездок в школу и обратно, а также во время внешкольных мероприятий.
- Родители/опекуны, желая, чтобы их ребенок самостоятельно носил лекарства, должны иметь в деле «Отказ от ответственности за самостоятельную переноску и прием лекарств», подписанный родителем/опекунами.

Благодарим Вас за сотрудничество.