



**MONGOLIAN**

**ЭМ ХЭРЭГЛЭХ ЗӨВШӨӨРӨЛ**

Эцэг эх ба асран хамгаалагч нарт:

Иллинойс мужийн Боловсролын зөвлөлийн бодлого, Дүүргийн удирдамжийн дагуу аливаа эмийг хэрэглэхээс өмнө энэхүү хоёр хуудас маягтыг бөглөсөн байх шаардлагатай байдаг.

Сургуульд өгсөн бүх эмүүд дараах шаардлагыг хангасан байна:

- **Жороор олгогдсон өөрийн сав, хайрцаг** дээр оюутны нэр, жор бичсэн эмчийн нэр, эмийн нэр, тун, хэмжээ, өгөх хугацаа, эмийн сангийн нэр байна **ЭСВЭЛ**
- Хэрэв эмчийн жоргүй эм байх тохиолдолд **үйлдвэрлэгчийн савалгаатай саванд** байна.
- Эцэг эх / асран хамгаалагч эсвэл бусад хариуцлагатай **насанд хүрсэн хүн сургуулийн эрүүл мэндийн газарт эмийг авчирч өгөх ёстой.**

Оюутны нэр: \_\_\_\_\_ Төрсөн он сар өдөр: \_\_\_\_\_

**Эмчээр бөглүүлсэн байна:**

Зөвхөн эмчийн заавраар олгосон оюутны эрүүл мэнд, сайн сайхан байдалд зайлшгүй шаардлагатай эмийг өгнө. Сургуулийн хичээлийн цагаар эмийг уух ёстой эсэхийг заана уу. **Тийм**  **Үгүй**

Эмийн нэр: \_\_\_\_\_ Тун: \_\_\_\_\_

Хаагуур: \_\_\_\_\_ Давтамж: \_\_\_\_\_ Төлөвлөсөн хуваарийн дагуу  PRN

Нэмэлт тусгай заавар: \_\_\_\_\_

Оношлогоо/ Заалт / Гарах үр нөлөө: \_\_\_\_\_

Сөрөг нөлөө: \_\_\_\_\_

Оюутны хэрэглэж байгаа бусад эм(үүд):  
\_\_\_\_\_

Хугацаа: Одоогийн хичээлийн жилд эсвэл бусад: (хугацааг заах) \_\_\_\_\_

**Яаралтай үед хэрэглэх эм:** Эпинефрин болон хиймэл амьсгалуур: (MD/PA/NP нэрийн эхний үсгээ доор зурна уу):

\_\_\_\_\_ оюутан нь яаралтай үед хэрэглэх эмийг өөрийн биед авч явах / өөрөө хэрэглэж болно.

Би энэ эмийг хэрэглэх талаар оюутнуудад заавар өгсөн бөгөөд тэд энэ эмийг бие даан хэрэглэх боломжтой. (“Нөөцлөх” эмийг сургуулийн эрүүл мэндийн газарт хадгалахыг зөвлөж байна).

**Зөвшөөрөл бүхий эм олгогч:**

Эм олгогчийн нэр: \_\_\_\_\_ Утас: \_\_\_\_\_  
(үсгээр бичих)

Гарын үсэг: \_\_\_\_\_ Эм олгосон өдөр: \_\_\_\_\_



**Эцэг эх, асран хамгаалагч нар сургуульд эм өгөх зөвшөөрөл**

Дор дурдсан зайнд гарын үсэг зурснаар би хүүхдийнхээ эмийг өгөх үндсэн үүрэгтэй гэдгээ хүлээн зөвшөөрч байна. Гэсэн хэдий ч, хэрэв би үүнийг хийх боломжгүй эсвэл эмнэлгийн яаралтай тусламж үзүүлэх тохиолдолд би Glenview сургуулийн 34-р Дүүргийн захиргаа болон түүний ажилтнууд, төлөөлөл миний өмнөөс хууль ёсны дагуу олгогдсон эмийг дээр дурдсан журмын дагуу миний хүүхдийг ( эсвэл улсын хууль тогтоомжийн дагуу Дүүргийн ажилтан болон төлөөллийн хяналт доор хүүхэд өөрөө эмийг хэрэглэхийг зөвшөөрөх ) эмчлэх болон эмчлэх оролдлого хийхийг зөвшөөрч байна. Үүнд, хэрэв миний хүүхдэд хэт мэдрэмтгийн хариу үйлдэл, амьсгал бөглөрөх эсвэл мансууруулагч бодис хэтрүүлэн хэрэглэсэн эсэх зэрэг нөлөөлөл байгаа гэсэн итгэл үнэмшилтэй тохиолдолд надад мэдэгдэж байгаа эсэхээс үл хамааран миний хүүхдийн жагсаалтад ороогүй эпинефрин тарилга, албутерол эсвэл мансууруулагч бодисын хүчийг саармагжуулагч эм хэрэглэх зэрэг орно. 105 ILCS 5 / 22-30, P.A.s 99-480-ийн нэмэлт, 100-726 ба 100-799 eff 1-1-19. Миний хүүхдэд хэрэглэх эдгээр эмийн эмчилгээ ялангуяа, ийм арга хэмжээ авах тохиолдолд сургуулийн гэрчилгээтэй эсвэл бүртгэгдсэн сувилалгаас бусад хүнээр хийлгэх шаардлагатай гэдгийг би би хүлээн зөвшөөрч байна.

Би 34-р Дүүрэг, түүний гишүүд, ажилтнууд, төлөөлөгчдийн эсрэг хэрэв зориудаар болон дураараа эм хэрэглэх болон хүүхэд өөрөө эм хэрэглэх эмчилгээнээс үүссэн нэхэмжлэхээс бусад тохиолдолд ямар нэгэн хохирол барагдуулах, нөхөн төлбөрийн нэхэмжлэл гаргахгүй гэдгийг хүлээн зөвшөөрч байна.

Хэрэв миний хүүхдэд эпинефрин автомат тарилга хийсэн тохиолдолд сургуулийн Дүүргийн ажилтнууд яаралтай тусламжийн 9-1-1 үйлчилгээ рүү залгаж дуудах болно гэдгийг би ойлгож байна.

Би хүүхдийнхээ биеийн байдалтай холбоотой аливаа эмийн өөрчлөлтийн талаар сургуульд мэдэгдэж байхыг зөвшөөрч байна.

Сургуулийн хичээлийн жилийн төгсгөлд ашиглагдаагүй эмийн тунг авах шаардлагатай гэдгийг би ойлгож байна. Ашиглаагүй эмийг хүүхэдтэй хамт гэрлүү нь хүргэхгүй бөгөөд сургуулийн хичээлийн жилийн сүүлийн өдөр аваагүй тохиолдолд устгалд оруулна.

Эцэг эх/ Асран хамгаалагчийн гарын үсэг: \_\_\_\_\_ Огноо: \_\_\_\_\_

Асран хамгаалагчийн утасны дугаар: \_\_\_\_\_

**Хиймэл амьсгалуур, эпинефриний автомат тарилгыг өөрийн биедээ авч явах/өөрөө хэрэглэх эрхийг олгож буй Эцэг эх, Асран хамгаалагчийн гэрээ,**

Таны хүүхэд эмийг өөрийн биедээ авч явах / өөрөө хэрэглэхээс өмнө бид танаас гарын үсэг зурахыг хүсэж байна:

Би дээрх үйлчилгээ үзүүлэгчтэй санал нийлж байгаа тул Glenview сургуулийн 34-р Дүүргийн захиргаа болон түүний ажилтнууд, төлөөлөл миний хүүхэд дээр дурдсан эмийг өөрөө авч явах, өөрөө хэрэглэх эрхийг (1) сургууль дээрээ, (2) сургуулийн ивээн тэтгэсэн үйл ажиллагаанд оролцож байхдаа, (3) сургуулийн ажилтнуудын хяналтан дор, эсвэл (4) сургуулийн өмнөх болон дараах үйл ажиллагааны үеэр мөн сургуулийн өмчлөлийн байранд сургуулийн цагийн өмнөх болон дараа сургалтын үеэр олгож байна. Иллинойс мужийн хуулийн дагуу сургуулийн дүүргийн ажилтнууд болон төлөөлөл нь хэрэв сурагч эмийг өөрийн биедээ авч явах, астма-ны эм, эпинефриний автомат тарилгын (105 ILCS 5 / 22-30, ТХГН-ийн 99-480-р нэмэлт, 100-726 ба 100-799 үр дүнтэй 1-1-19) улмаас учирсан аливаа гэмтэл, санаатайгаар үйлдсэнээс бусад тохиолдолд хариуцлага хүлээхгүй гэдгийг эцэг эх / асран хамгаалагч нарт танилцуулахыг шаарддаг. Эмийн эмчилгээг өөрөө хэрэглэх зөвшөөрөл нь тухайн хичээлийн жилд хүчин төгөлдөр байх ба дээр дурдсан шаардлагыг биелүүлсэн тохиолдолд дараагийн хичээлийн жил тутамд сунгагдана. Хүүхэд өөрийн эмээ мартсан эсвэл алга болгосон тохиолдолд эмийн нэмэлт тунг сургууль дээр байлгахыг бид зөвлөж байна.

*Таны доор гарын үсэг зурснаар дээрх мэдээллийг хүлээн авсан мөн таны астма эм эсвэл эпинефрин автомат тарилгын эмийг биедээ авч явах, хэрэглэхийг зөвшөөрч байгааг харуулж байна.*

Эцэг эх/Асран хамгаалагчийн гарын үсэг: \_\_\_\_\_ Огноо \_\_\_\_\_

Гэрч: \_\_\_\_\_ Огноо \_\_\_\_\_

**Оюутан дараах хэсгийг бөглөх ёстой (өөрийн биедээ авч явах тохиолдолд).**

Би дараах зүйлийг зөвшөөрч байна:

1. Сургуулийн эрүүл мэндийн газрын ажилтанд хиймэл амьсгалын төхөөрөмж болон эпинефрин автомат тарилгын дадлагын хувилбарын хэрхэн зөв хэрэглэхийг үзүүлэх.
2. Би эмээ бусад хүмүүстэй хэзээ ч хуваалцахгүй.
3. Би амьсгалын сорогч төхөөрөмж хэрэглэсний дараа амьсгал авах нь сайжрахгүй бол хариуцлагатай насанд хүрэгчдэд мэдэгдэх
4. Хэрэв би эпинефрин автомат тарилга хэрэглэх шаардлагатай бол хариуцлагатай насанд хүрэгчдэд нэн даруй мэдэгдэх.

Оюутны гарын үсэг \_\_\_\_\_ Огноо \_\_\_\_\_