

School Year: _____ School: _____ Fax: _____

Student Name: _____ Grade: _____ DOB: _____

*This form **must be renewed annually**, and if there are any changes in treatment or medication during the school year.*

Physician -- Complete Medication List Below Mark All That Apply

Medication Name: _____ Strength: _____ Required Dose: _____

Method of Administration: _____ PRN frequency: _____

Specific description of seizure symptoms (including but not limited to frequency, type or length of seizures) that identify when the administration of an emergency anti-seizure medication is necessary: _____

Circumstances under which the medication may be administered: _____

Potential adverse reactions and recommended mitigation actions: _____

Protocol for observing student after a seizure (including but not limited to whether the student should rest in the school office, return to class, and the length of time student should be under direct observation: _____

The parent/guardian is to provide verbal and written notification to the student's school of the details (time, amount, etc.) of any emergency anti-seizure medication administration within 4 hours of the start of a school day. If parent notifies the school of any such administration, then the above protocol should be modified as follows (describe change if any to the above administration instructions in the event of a parent administration notification as described above):

Date when emergency anti-seizure medication was last administered: _____ Other seizure medications prescribed for the student: _____

Medication shall be administered from: _____ to _____ or Remainder of school year

Additional Instructions: _____

My signature below provides authorization for the above orders. All procedures will be implemented in accordance with states laws and regulations. Specialized physical health care services may be performed by unlicensed designated school personnel under the training and supervision provided by the school nurse.

Physician Signature

Date

Phone

Fax

Clinic Stamp

家长/监护人同意

我申请允许我的子女在学校按照以上医疗提供方的说明服用药物。我授权准许学校人员按照以上医疗服务提供方的要求协助我的子女完成此用药过程。我了解，经过培训的非医疗人员可以协助或负责给药（教育法 49423 和 49480）。

家长/监护人同意（继续）

我同意在 PAUSD、以上列出的医疗服务提供方以及以上处方药列出的药房之间，沟通和交流与医疗提供方书面声明或任何其他药物或给药问题有关的信息。

我了解并同意以下关于给药的责任：

1. 学生的处方药改动时，以及每学年开始时，必须更新本同意书。
2. 处方药必须放在带有药剂师或医疗提供方标签的容器内，并且不会过期。
3. 非处方药必须放在带有完整标签的原始容器内。
4. 必须由成年人将药物送至学校医务室，并取走任何过期或未使用的药物。
5. 向学校工作人员提供药物前，家长/监护人必须完成分药工作。
6. 家长/监护人提供用于服药的所有材料或所需设备（如量勺）。
7. 除非学生、家长和医疗提供方授权，否则学生不得携带并自行用药。
8. 家长将通知学校，并为上述授权的任何改动提供新同意书。
9. 必须先获得医疗提供方的书面通知，然后才能进行以上授权的任何改动。
10. 我了解，按照加利福尼亚教育法准则第49414.7部分，服用紧急抗癫痫药物后，将致电 911。如果将学生送至急诊室，则不需要此措施；但是，由于服用了紧急抗癫痫药物，如果未通过 EMS 运输学生，教学日的剩余时间内他/她将无法留在学校。应由学校护士按个人执行此措施，并考虑学生的安全和医疗需求。EMS 方案要求家长/监护人在场以避免送至急诊室
11. 我了解，如果服用紧急抗癫痫药物，除非学区护士批准，否则将不会通过巴士运输学生。
12. 我了解，家长/监护人 必须告知学校 是否在教学日的过去 4 小时内提供紧急抗癫痫药物（包括剂量、服药方法和癫痫特征）。
13. 我了解，将不会在学校巴士上服用紧急抗癫痫药物，而是致电 911 了解合格癫痫措施。

家长签字

电话

日期