



ENFERMARIA
201 Forest Street, Marlborough, MA 01752
Telefone 508 597-2475/2473 – FAX Médico 508 -597 2494

PERMISSÃO DOS PAIS PARA USO DE MEDICAMENTOS DE VENDA LIVRE 2022-23

Nome do(a) Aluno(a): _____ Série: 6^a 7^a 8^a 9^a 10^a 11^a 12^a

Prezado(a) Pai/Mãe/Responsável;

Há momentos em que seu filho/sua filha pode vir à enfermaria com dor de cabeça, dor de estômago, sintomas de resfriado ou dor de dente, lesões esportivas ou cólicas menstruais. Com permissão por escrito de um dos pais ou responsável, seu filho/sua filha pode receber **até três (3) doses a cada ano letivo** de medicamentos sem receita médica para aliviar seus sintomas e permitir que eles tenham um bom dia escolar - sem que você precise obter um pedido de seu médico de cuidados primários! **No entanto, esses medicamentos são destinados a uso muito infrequente. Qualquer criança que precise de mais de 3 doses por ano deve obter um pedido médico.**

Nossa médica escolar, Angela D. Hunt, MD da Town Center Pediatrics, estabeleceu instruções e protocolos para os medicamentos listados abaixo. Se você quiser que seu filho/sua filha receba algum desses medicamentos na escola, indique suas preferências abaixo e assine sua autorização. Nenhum medicamento será aplicado em seu filho/sua filha se ele(a) apresentar febre ou sinais de uma doença ou condição que justifique avaliação médica ou dispensa da escola. Outros métodos de alívio da dor, como gelo/bolsas quentes, técnicas de relaxamento e respiração e hidratação/lanche, serão usados antes da oferecermos a medicação.

Alergias: _____

Condições médicas: _____

Liste TODAS as medicações/ervas que seu filho/sua filha toma diariamente ou ocasionalmente:

Meu filho/Minha filha tem permissão para receber o(s) medicamento(s) marcado(s) abaixo. Entendo que este(s) medicamento(s) será(ão) aplicado(s) somente após a enfermeira fazer uma avaliação e determinar que é apropriado e necessário;

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Ibuprofeno, 400 mg.
para alívio da dor | <input type="radio"/> Paracetamol, 650 mg.
para alívio da dor | <input type="radio"/> Pastilha para garganta
para garganta inflamada/tosse |
| <input type="radio"/> Caladryl
para coceira na pele | <input type="radio"/> Protetor labial
para lábios secos | |

Teste de Covid

Autorizo a coleta e testagem de uma amostra de secreção do meu filho/minha filha na escola para um teste individual rápido de Covid-19 se meu filho/minha filha estiver sintomático(a). Os testes continuarão até os testes escolares acabarem.

Por favor, me ligue toda vez que meu filho/minha filha receber uma dose de medicamento Não Sim

Por favor, me ligue toda vez que meu filho/minha filha for testado(a) para Covid-19 Não Sim

Telefone: _____ E-mail: _____

Assinatura do(a) pai/mãe/responsável _____ Data _____