



斯蒂文森高中 125 学区

药物授权表

学生姓名: _____ 学生证号码: _____ 出生日期: _____

学校药物授权表必须在学校给药前填写, 用于处方和/或非处方药药物, 但医用大麻需要单独的授权表格。

学校的健康服务办公室有这些非处方药的库存: 布洛芬 (Advil)、对乙酰氨基酚 (Tylenol) 和苯海拉明 (Benadryl)。所有其他非处方药必须由家长/监护人装在贴有制造商标签的容器中带到卫生办公室。家长/监护人和医疗保健提供者对非处方药的授权在学生毕业前有效, 除非在毕业以前以书面形式撤销或遵照下文的规定。

由学生的医师、医师助理或具有规定授权的高级执业注册护士填写:

非处方药

我特此授权 Adlai E. Stevenson 高中 125 区在学生在校上课期间使用以下药物:

- 布洛芬Ibuprofen/Advil / Motrin 根据需要每 6 小时一次 (剂量: _____)
- 对乙酰氨基酚/泰诺Acetaminophen/ Tylenol根据需要每 4 小时一次 (剂量: _____)
- 苯海拉明/苯那君 1-2 片Diphenhydramine/ Benadryl 1-2 tablets (每片 25 毫克), 用于过敏症状或过敏反应
- 其他非处方药: _____ 剂量: _____ 频率: _____

时间段或此授权的其他限制 (如果没有, 请写“N/A”): _____

处方药

处方药必须由父母/监护人带适当的剂量到卫生办公室、频率和名称在药房标签容器上清晰可见。对于处方药, 必须每年更新药物授权表。

药物名称: _____ 剂量: _____ 频率: _____

需要药物的诊断: _____ 目的: _____

有必要在上学日和/或与学校相关的活动中使用该药物: 是 否

在什么情况下: _____

预期副作用: _____

学生目前正在接受/服用的其他处方药: _____

授权自行携带和/或自行服用肾上腺素、胰岛素或其他药物 (哮喘吸入器不需要):

1) 您是否授权该学生自行携带上述药物? 是 否

2) 您是否授权该学生自行服用上述药物? 是 否

勾选上述是, 我证明学生已接受上述药物使用的指导, 了解药物的需要, 了解向学校工作人员报告任何异常副作用的必要性, 并且如果获得授权自行给药, 能够在学校人员的监督下独立使用/服用药物。

开药者正楷姓名: _____

办公地址: _____

<p>Office Stamp</p> <p>2022 年 4 月 1 日</p>
--

办公电话号码: _____

办公室传真号码: _____

签名: _____ 日期 _____

由家长/监护人填写:

通过在下方签名,本人,上述学生的家长/监护人,同意是我主要负责给我的孩子用药。但是,如果我不这样做或发生医疗紧急情况,我特此授权 125 学区及其员工和代理人代表我管理(或允许我的孩子在 125 学区的员工和代理人的监督下自行携带/自行服用根据州法律管理药物)以上述方式合法开具的药物。这包括在有充分理由相信我的孩子有过敏反应、阿片类药物过量或哮喘发作时,给我的孩子使用非指定的肾上腺素注射器、服用阿片类药物拮抗剂或哮喘药物,无论我是否知道这些反应,如果适用,当我孩子的胰高血糖素在现场不可用或已过期时,在我孩子的糖尿病护理计划授权的情况下,可服/使用未指定的胰高血糖素。我承认可能有必要由学校护士以外的其他人为我的孩子管理药物,例如但不限于体育活动期间的体育教练、放学后活动期间的学校负责的老师/监护人、校外实地考察或过夜旅行,我,家长/监护人,完全同意这种做法。我同意赔偿学区及其员工/代理人因给我的孩子服用药物或我的孩子自行服用药物而引起的任何索赔,并不予追究学区以及学区员工的责任。

家长/监护人正楷姓名: _____ 日期: _____

家长/监护人签名: _____ 电话号码: _____

授权自行携带和/或自行服用符合条件的治疗计划所需的哮喘吸入器、肾上腺素、胰岛素或其他药物:

本人授权学区及其雇员和代理人,以允许我的孩子在以下试用的时段_____自行携带和/或_____自行服用(请在适用授权旁边用您的名字的首字母签名)他或她的哮喘药物、肾上腺素注射器或哮喘要求的任何其他药物行动计划、糖尿病护理计划、个人医疗保健行动计划、伊利诺伊州食物过敏紧急行动和治疗授权表、癫痫发作行动计划;根据 1973 年康复法案制定的 504 计划;或根据 残疾人教育法 制定的计划:(1) 在校期间,(2) 在学校 赞助的活动期间,(3) 在学校工作人员的监督下,或(4) 在正常的学校活动之前或之后,例如在学校运营/管辖的地产/土地上的课前或课后看护期间。伊利诺伊州法律要求学区通知家长/监护人,除故意和肆意的行为外,由于学生服用自行携带的哮喘药物、使用自行携带的肾上腺素注射器或服用任何其他授权药物引起的伤害,学区及其员工和代理人不承担责任。

家长/监护人正楷姓名: _____ 日期: _____

家长/监护人签名: _____ 电话号码: _____

政策:

父母/监护人对其子女的用药负有主要责任。除非对学生的重大的健康问题和身心健康有极大帮助或者必要,否则不鼓励在正常上课时间和学校相关活动期间给学生服用药物。对学生的药物管理须遵守学区或指定人员制定的指导方针,以符合州机构的建议(例如, IDPR、IDPH 和 ISBE)。 *董事会政策 7.270。*

程序流程及指导原则

药物授权表: 除非是在提交完整的药物授权信息后,学校工作人员不得让任何学生服用药物,任何学生也不得拥有或服用任何处方药或非处方药。学校护士审查书面授权,并在必要时咨询家长/监护人、有执照的处方医生或药剂师以获取更多信息。授权和任何后续变更包括:

- 医师、高级执业注册护士、医师助理、牙医或获得足科医生执照的开处方者的书面处方
- 学生姓名、药物名称、剂量和订单日期
- 给药说明(给药途径、时间或间隔、处方持续时间)
- 原因/预期效果和可能的副作用
- 家长/监护人书面许可。

适当的容器: 药物和续药装应装在容器中,这些容器是:

- 由药房或有执照的处方者标注的处方,显示 Rx 编号、学生姓名、药物、剂量和给药说明、日期和续药时间表以及药剂师姓名(您的药房通常可以根据要求提供额外的处方容器以供学校存放)。
- 有制造商标签的可在药房随意购买的非处方药。

药物管理 将由经过认证的学校护士、注册护士或其他指定的学校员工/代理人完成。在体育活动、课外活动、校外实地考察和过夜旅行期间,可能有必要由学校员工/代理人而非学校护士执行药物管理。学校护士或管理部门保留拒绝给药请求的酌处权。

自我管理/自行服用药物: 应他/她的医疗服务提供者要求,学生可以在学校和活动中自行管理/服用药物。家长在此表格上签名承认“除非是故意和肆意的行为,因为学生自行用药引起的任何伤害,学区不承担任何责任,并且家长/监护人赔偿因孩子自行服用药物而引起的任何官司/纠纷索赔,并不予追究学区以及学区员工的责任,但基于故意和肆意行为的索赔除外。”参考 IL PA 100-0799 和 IL PA 96-1485

库存药物: 对乙酰氨基酚(Acetaminophen)、布洛芬(Ibuprofen)和常用的苯那君(Benadryl)在学校备有库存,用于学生药物服用,但是,学生在服用药物前,必须呈交一份完整的最新的药物授权表给健康医疗室存档。在紧急情况下,经电话家长许可,可给予一次性剂量。然后将把一份药物授权表寄回家以供填写,如果没有填写完整的表格,将不会提供进一步的剂量。

储存和记录保存： - 药物将储存在上锁的柜子中。需要冷藏的药物将存放在安全区域。所有药物管理都将记录在学生的个人电子健康记录中。收到处方药后，将进行药物计数并记录在案。如果未给药且必须浪费剂量，则应在记录中输入原因并修改药物计数。如果有指示，可能会通知家长，并将其记录在学生的健康记录中。

文件、变更、更新和其他责任： 为了方便提交所需的文件、医疗订单、医嘱变更和家长许可，可以通过传真、电子邮件、或亲自带到任一卫生办公室。家长/监护人有责任确保将所有药物订单和许可带到学校，在需要时提供补充药物，并将学生健康的任何重大变化通知护士。学年结束时剩余的药物应由家长/监护人领取。如果在学年结束时家长/监护人没有领取药物，药物将被丢弃。每个处方药订单必须在每个学年更新。除非医生另有说明，否则在学生于 125 学区就读期间，学生允许服用非处方药。