

Школа Адлай Стивенсон, школьный округ 125

Форма для разрешения приема лекарств и использования препаратов/приборов в школе

Имя учащегося _____ Удостоверение # _____

Дата рождения _____

Форма для разрешения приема лекарств и использования препаратов/приборов в школе должна быть заполнена перед тем, как учащийся начнет принимать любое купленное по рецепту или без рецепта лекарство на территории школы. Особое разрешение требуется для принятия медицинского каннабиса.

В школьном медицинском кабинете можно получить следующие безрецептурные лекарства:

Ibuprofen (Advil), Acetaminophen (Tylenol), Diphenhydramine (Benadryl).

Все другие лекарства в оригинальной упаковке должны быть принесены в школу родителями или опекунами. Разрешение на прием безрецептурного лекарства, подписанное родителями и врачом, действительно до окончания школы или может быть отозвано в письменной форме или другим способом, указанным ниже.

Настоящая форма должна быть заполнена врачом, ассистентом врача или медицинской сестрой, имеющей официальное право выписывать лекарства.

Безрецептурное лекарство

Я даю разрешение Школе Адлай Стивенсон, относящейся к школьному округу 125, давать следующее лекарство/лекарства

- **Ibuprofen/ Advil/ Motrin** каждые 6 часов в количестве _____ таблеток
- **Acetaminophen/ Tylenol** каждые 4 часа в количестве _____ таблеток
- **Diphenhydramine/ Benadryl** 1-2 таблетки (по 25 мг каждая) в случае симптомов аллергии или аллергической реакции
- Другое безрецептурное лекарство: _____

Доза _____ Частота приема _____

Давать на протяжении _____

Другие ограничения (в случае отсутствия таковых, написать N/A _____

Рецептурные лекарства

Рецептурные лекарства должны быть принесены в школьный медицинский кабинет родителями или опекунами. Фабричную упаковку с лекарством необходимо сопроводить запиской с указанием дозы, частоты приема и имени учащегося. Разрешение на прием лекарств, купленных по рецепту, должно обновляться каждый год.

Название лекарства _____

Частота приема _____

Доза _____

Диагноз _____

Цель _____

Лекарство обязательно надо принимать в течение школьного дня, или до/после школы во время школьных мероприятий: да нет

Время принятия лекарства _____

Обстоятельства, при которых необходимо принятие лекарства

Ожидаемый побочный эффект _____

Какие еще рецептурные лекарства принимает учащийся _____

Разрешение на самостоятельный прием лекарств, самостоятельное применение препаратов эпинефрина, инсулина, и др. Для применения ингаляторов от астмы разрешения не требуется.

1) Учащемуся разрешается пронос в школу вышеуказанных препаратов? да нет

2) Учащемуся разрешается применение вышеуказанных препаратов? да нет

Если вы ответили да на эти два вопроса, это означает, что вы гарантируете, что учащийся знает, для чего эти препараты, почему они ему необходимы, какие могут быть побочные эффекты, к кому обращаться, если возникнут неожиданные побочные эффекты, и умеет самостоятельно пользоваться этими препаратами и/или приборами. Самостоятельное применение препаратов должно проводиться под наблюдением школьного персонала.

Кем назначен препарат _____

Адрес офиса, назначившего препарат _____

Телефон офиса _____

Факс офиса _____

Подпись назначившего препарат _____

Число _____

Для заполнения родителями или опекунами

Подписывая этот документ, я, родитель или опекун вышеуказанного учащегося, признаю, что ответственность за прием лекарств и использование приборов/препаратов моим ребенком лежит прежде всего на мне. Однако, если я не нахожусь рядом и/или в случае срочной необходимости, я поручаю школьному округу 125, его работникам и агентам, провести процедуру дачи лекарств и присутствовать при этой процедуре, а также разрешить моему ребенку пронос на территорию школы и использование определенных лекарств или медицинских приборов самостоятельно в соответствии с законом штата. Самостоятельное применение лекарств и приборов должно проводиться под присмотром работников или агентов округа 125. Это включает в себя наблюдение при применении не подписанных инъекторов эпинефрина, опиодных антагонистов или препаратов от астмы в ситуации, когда имеется добросовестное убеждение в том, что мой ребенок находится под угрозой анафилактической реакции, передозировки опиоидов, астматического приступа в независимости от того, известно ли мне о вышеизложенных ситуациях и реакциях или нет. Это также распространяется на применение не подписанного глюкагона, в случае, если авторизованный планом лечения диабета глюкагон не доступен или истек срок его применения. Я понимаю, что наблюдение за приемом лекарства или использованием прибора или препарата не всегда может быть осуществлено медицинским работником школы, но также может быть осуществлено тренером во время спортивного мероприятия, руководителем клуба или сопровождающим во время школьной экскурсии или более длительной поездки и другими взрослыми, находящимися рядом с моим ребенком на подобных мероприятиях. Я, родитель или опекун, даю специальное разрешение на такую практику. Я не буду требовать возмещения ущерба, не буду высказывать претензий работникам округа 125 и их агентам в случае возникновения проблем с дачей лекарств или самостоятельным приемом препаратов или использованием медицинских приборов моим ребенком.

Имя и фамилия родителя или опекуна (печатными буквами)

Подпись родителя или опекуна _____

Число _____

Телефон _____

Разрешение на ношение и самостоятельное использование астматического ингалятора, эпинефрина, инсулина и других препаратов, необходимых моему ребенку по плану лечения, составленному врачом:

Я даю разрешение моему ребенку иметь при себе и/или самостоятельно использовать/принимать (поставьте свои инициалы рядом с конкретным препаратом) лекарство и/или препарат от астмы, инъектор эпинефрина, и другие медицинские средства, перечисленные в его/ее плане по лечению астмы или диабета, в индивидуальном плане медицинского обслуживания, в Иллинойском акте о неотложной помощи при пищевых аллергиях и форме авторизации лечения, плане действий при судорогах, плане в соответствии с секцией 504 Акта реабилитации 1973, или плане в соответствии с Актом о индивидуумах с инвалидностью: 1) в школе 2) на школьном мероприятии 3) в период присутствия школьного персонала 4) до или после обычной школьной деятельности (во время до-или после школьного продленного дня на территории школы). Закон штата Иллинойс обязывает школьные округа предупреждать родителей/опекунов о том, что работники школ и их агенты не несут ответственности за нежелательные последствия, возникшие в результате самостоятельного использования препаратов от астмы, инъектора эпинефрина и других, за исключением тех ситуаций, когда последствия возникают по намеренной злой воле работников округа или их агентов.

Фамилия родителей/опекунов (печатными буквами) _____

Подпись родителей/опекунов _____

Телефон _____

Число _____

Принципы

Ответственность за пользование препаратами и прием лекарств учащимся лежит в первую очередь на родителях/опекунах. Мы не одобряем принятие лекарств и/или использование медицинских препаратов в течение школьного дня и/или школьных мероприятий, за исключением случаев, когда это критично для здоровья и благополучия ребенка. Дача лекарств и использование медицинских препаратов под наблюдением школьных сотрудников и их агентов должны производиться строго по инструкциям, составленным суперинтендантом школьного округа или его доверенным лицом, в соответствии с рекомендациями агентства штата (пример: IDPR, IDPH & ISBE). *Board Policy 7.270*

Методические рекомендации/процедуры:

Заполнение медицинской формы-разрешения

Школьный персонал не имеет право давать учащимся лекарство, разрешать проносить лекарства и препараты на территорию школы или разрешать самостоятельно принимать медицинские безрецептурные

или рецептурные препараты ни при каких обстоятельствах, если в личном деле не имеется на это специального разрешения. В случае необходимости, школьная медсестра обсудит это разрешение с родителями/опекунами, сертифицированным лицом, назначившим лечение или фармацевтом. Разрешение или любые его изменения должны исходить от:

- врача, сертифицированной для выписки лекарств медсестры, ассистента врача, зубного врача, подиатриста

и включать в себя:

- имя/фамилию учащегося, название лекарства, дозу и дату заказа
- инструкции по применению (длительность курса, конкретное время или интервал времени, дату истечения действия рецепта)
- причину необходимости принятия препарата или его ожидаемое действие, вероятные побочные действия
- письменное разрешение родителей/опекунов

Необходимая упаковка лекарств и препаратов

Лекарства и препараты, а также их пополнение, должны быть принесены в контейнерах, на которых указано:

- название аптеки, имя прописавшего лекарство (включая номер Rx), имя учащегося, название лекарства, доза, инструкции к применению, дата получения пополнения, имя фармацевта (такой специальный контейнер, предназначенный для школ, можно получить в аптеке)
- безрецептурные лекарства должны быть в фабричной нераспечатанной упаковке

Дача лекарства и/или препарата

Дача лекарства и/или препарата будет осуществляться сертифицированной, дипломированной школьной медсестрой или другим, назначенным школой, сотрудником или агентом. Такая необходимость может возникнуть на школьных мероприятиях, спортивных играх, экскурсиях или во время дальних поездок.

Школьная медсестра и администрация оставляют за собой право отказаться от дачи лекарства.

Самостоятельный прием лекарства и/или препарата:

Учащийся может принимать лекарство или использовать препарат или прибор самостоятельно на территории школы и во время мероприятий, если это прописано его/ее лечащей организацией и разрешение находится в личном деле учащегося.

Подпись родителей/опекунов на этом разрешении признает, что " работники школ и их агенты не несут ответственности за нежелательные последствия, возникшие в результате самостоятельного использования учащимся лекарств и препаратов, за исключением тех ситуаций, когда последствия возникают по намеренной злой воле работников округа или их агентов" и что "родители/опекуны не будут требовать возмещения ущерба, высказывать претензии работникам округа 125 в случае возникновения проблем с самостоятельным приемом лекарств или использованием препаратов или медицинских приборов учащимся". *Reference IL PA 100- 0799 & IL PA 96-1485*

Лекарства, имеющиеся в наличии в школе

В наличии имеются, однако для приема этих средств, в личном деле учащегося должно иметься действительное разрешение. Одноразовая дача лекарства в случае срочной необходимости может быть произведена по звонку родителей/опекунов, после чего на домашний адрес будет отправлено форма, которую необходимо будет заполнить. Без наличия такой формы дальнейшие дачи лекарств производятся не будут.

Хранение и запись

Лекарство или препарат будет храниться в закрытом шкафу или в холодильнике, если это необходимо. Все дачи лекарств или применение препаратов/приборов будут задокументированы. Записи будут находиться в