

ФОРМА АВТОРИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВА



Школьный округ Northshore
3416 F-1

Имя ученика: _____ Дата рождения: _____

Школа: _____ Класс: _____ Телефон #: _____

Этот раздел заполняется ЛИЦЕНЗИРОВАННЫМ ПОСТАВЩИКОМ МЕД. УСЛУГ (пожалуйста, печатными буквами):

Диагноз или причина для приема лекарства: _____

Лекарство	Доза	Метод приема	Отметьте если PRN	Время/частота или инструкции PRN

Значительные побочные эффекты: _____

Дата начала: _____ Дата окончания: _____ или конец уч. года

Может ли ученик носить с собой и сам-но принимать? Да Нет

Если да, то я обучил этого ученика правильному применению и частоте использования лекарства для астмы и анафилаксии.

Если необходимо и школьная медсестра НЕ ДОСТУПНА (например, экскурсия, послешкольные мероприятия и т. д.):

* Автоинжектор Epi[®]nephrine будет применен при ЛЮБЫХ симптомах аллергии или точного употребления.

* Глюкагон и Диастат НЕ БУДУТ применены другими сотрудниками школы, и служба 911 будет вызвана в случае чрезвычайной ситуации.

Офисная печать LHCP

Подпись LHCP's: _____ Дата: _____

Печатное имя LHCP's: _____

Телефон: _____ Факс _____

Эл. адрес: _____



Этот раздел заполняется родителем или опекуном

- Я прошу, чтобы моему ребенку была оказана помощь, уполномоченным сотрудником, в приеме лекарств, прописанных ниже, в школе, или ему разрешалось самостоятельно принимать лекарство в соответствии с инструкциями поставщика медицинских услуг (HCP) и политикой школьного округа 3416.
- Я понимаю, что моя подпись в этой форме является отказом от ответственности школьного округа и уполномоченного надзорного персонала за неблагоприятную реакцию при правильном применении лекарства.
- **Изменения во времени приема и/или дозе лекарства требуют письменного разрешения HCP и родителя/опекуна.**
- Я понимаю, что доза лекарства может быть отложена или пропущена из-за непредвиденных обстоятельств или изменений в расписании учащегося. Если я не могу принять это условие, округ не обязан удовлетворять просьбу администрации школы о приеме лекарств.
- **Лекарство должно быть предоставлено школе в бутылке с рецептом или в оригинальной безрецептурной упаковке. Попросите фармацевта предоставить вторую бутылку с рецептом для школьного использования.**
- Я даю разрешение на обмен информацией между школой и HCP.

Подпись родителя/опекуна _____ Дата _____

Я запрашиваю разрешение для моего ребенка самостоятельно принимать лекарства от астмы или анафилаксии во время любых спонсируемых школой мероприятий, проводимых до/после школы или ночных образовательных программ на открытом воздухе.

Я прошу для моего ребенка разрешение самостоятельно принимать лекарства от астмы или анафилаксии. По закону моя подпись означает, что я понимаю, что округ не несет никакой ответственности в результате какой-либо травмы, возникшей в результате самостоятельного приема лекарств учеником, а родители или опекуны должны обезопасить округ и его сотрудников или агентов от любых претензий, вытекающих из самостоятельного приема лекарств учеником. (Политика школьного округа 3419)

Подпись родителя/опекуна _____ Дата _____

Сдать: Школьной медсестре _____ Телефон # _____ Факс # _____

Эл. адрес: _____ Адрес школы: _____



Если ваш ребенок будет принимать **ЛЮБОЕ** лекарство в школе, вы должны проконсультироваться со школьной медсестрой.

Школьный округ Northshore рекомендует принимать лекарства по возможности дома. Однако мы признаем, что в некоторых случаях важен прием лекарства именно в течение учебного дня. В целях защиты всех учащихся и соблюдения законодательства штата Вашингтон в округе действуют правила и процедуры обращения со **ВСЕМИ** лекарствами в школах.

Пожалуйста, не кладите никакие лекарства, включая аспирин, витамины и леденцы от кашля, в коробку для завтрака, рюкзак или карманы вашего ребенка. Неопознанное лекарство **никогда** не может быть дано в школе.

Выдача лекарства школьным персоналом - должны быть выполнены следующие условия:

- Все лекарства, будь то без рецепта (кроме солнцезащитного крема) или по рецепту, должны иметь действующую форму авторизации на прием в Northshore, подписанную медицинским работником/стоматологом и родителем/опекуном ученика.
- Лекарство должно быть доставлено в школу надлежащим образом в бутылке, маркированной рецептом или оригинальной безрецептурной упаковке.
- Имя ученика должно быть на этикетке с указанием правильного обозначения препарата, дозировки и инструкции по применению.
- Количество, достаточное **только** на один месяц, можно отправить в школу.
- Заказ на лекарства действителен только на **текущий** учебный год.
- В случае изменения порядка приема лекарств родитель обязан уведомить школу и предоставить подтверждение от поставщика медицинских услуг/стоматолога.

Экспедиции: для учеников, получающих лекарства ежедневно, запросите в аптеке дополнительную маркированную пустую бутылку, которую можно использовать для экспедиций.

Самостоятельный прием лекарства учеником - должны быть выполнены следующие условия:

В соответствующих случаях и с ведома школьной медсестры родитель/опекун может передать ученику ответственность за самостоятельное применение лекарств. При этом родитель освобождает школьный округ от любых обязательств по контролю за учеником и принимает на себя полную ответственность за использование лекарства учеником.

- Самостоятельный прием не распространяется на контролируемые вещества, например, кодеин, викодин
- Учащийся может носить только однодневный запас (1 - 2 дозы) лекарства.
- Лекарство должно быть в оригинальной упаковке.
- Ученик должен иметь письменное разрешение на самостоятельный прием лекарства, подписанное родителем/опекуном.

Лекарства для самостоятельного применения в течение более пятнадцати (15) дней подряд, независимо от того, продается ли оно без рецепта или по рецепту, требует действующую форму авторизации на прием лекарств в Northshore, подписанную поставщиком медицинских услуг/ дантистом и родителем/опекуном ученика, в котором указано, что ученик может самостоятельно принимать лекарство. Учащийся также должен продемонстрировать школьной медсестре свою способность правильно оценивать свои симптомы и правильно использовать лекарство.

Лекарства от астмы и анафилаксии:

Когда родитель просит, чтобы его/ее ученику было разрешено самостоятельно принимать лекарства от астмы и/или анафилаксии (тяжелой аллергической реакции), необходимо заполнить форму авторизации лекарства и подписать ее у поставщика медицинских услуг и родителя/опекуна. Форма разрешения должна содержать план лечения для действий в чрезвычайной ситуации.

Медицинский работник должен также обучить ученика распознавать симптомы и правильно использовать лекарство. Кроме того, учащийся должен продемонстрировать свою способность правильно оценивать свои симптомы и использовать лекарства школьной медсестре, в том числе знать, как обращаться за помощью в случае необходимости.

(RCW 28A.210.370 и Политика школьного округа 3419)

Форма авторизации лекарства (3416 F-1) translated 2020, rev 01-2023 CM