

Имя учащегося _____

Дата рождения _____

Школа _____

Имя преподавателя/ Класс _____

Я прошу, чтобы сотрудники школы оказывали помощь моему ребенку в принятии лекарств в школе в соответствии с письменными инструкциями лечащего врача.

1. Диагноз (показания для принятия лекарств или для необходимости инъекции в случае непредвиденной ситуации): _____
2. Прописанное лекарство _____ Срок годности: _____
Предписанная доза: _____ Периодичность/время: _____
3. Возможная реакция на лекарство: _____
4. Другие конкретные инструкции: _____
5. Дата прекращения принятия лекарства: _____

Настоящим требуется принятие лекарственных препаратов/инъекций во время учебного дня.

- Лечение ребенка является обязанностью родителей и лечащего врача. Прием лекарств в школе — услуга, которую школа юридически не обязана выполнять. Однако, в случае, когда абсолютно необходимо, чтобы лекарство принималось учащимся в школе, требуется наличие этой формы с подробными инструкциями от лечащего врача и подписью родителей / опекунов учащегося.
- И понимаю, что школа не является юридически обязанной оказывать помощь в приеме лекарств моему ребенку. Зная это, я согласен (сна) не иметь претензий к школьному округу и его сотрудникам и освобождаю их от любой ответственности за результаты приема лекарств или за то, каким образом они принимаются, и возместить ущерб каждому из них по причине любого гражданского судебного решения, вытекающего из этого распоряжения, которое может быть вынесено против них.
- Я незамедлительно уведомлю школу, если мы поменяем лечащего врача или если будет изменен или остановлен прием лекарства. Изменения в дозировке лекарства должны быть подтверждены лечащим врачом. Если я получу уведомление от школьного персонала, что по окончании курса лечения в конце учебного года осталось какая-то доза лекарства, я заберу лекарство из школы, или соглашаюсь на то, что оно будет должным образом уничтожено.

Лекарство должно быть доставлено в первоначальном аптечном контейнере.



ШКОЛЬНЫЙ ОКРУГ NORTH CLACKAMAS ПРИЕМ ЛЕКАРСТВ В ШКОЛЕ

Для лекарств, выписанных по рецепту врача требуется подпись лечащего врача (допустимо в виде официальной аптечной этикетки Rx).

Подпись лечащего врача

Имя лечащего врача (Разборчиво)

Номер телефона лечащего врача

Дата

ЛЕКАРСТВА УЧАЩЕГОСЯ

Если лекарства (по рецепту или без рецепта) необходимы для того, чтобы учащийся находился в школе, то должны соблюдаться следующие правила:

1. Родители/опекуны должны заполнить форму Принятие лекарств в школе, прежде, чем будет назначен прием лекарств в школьное время.
2. Подпись врача обязательна для всех лекарств, выписанных по РЕЦЕПТУ. (Это может быть показано в виде этикетки на контейнере с лекарством, если она имеет все сведения.) Все лекарства не должны быть просрочены и находиться в первоначальном контейнере. Этикетка на рецепте должна иметь всю текущую информацию, включая имя учащегося, название лекарства, дозировку, имя и номер телефона врача.
3. Родители/опекуны должны предоставить все материалы, необходимые для надлежащего приема лекарства (то есть, измерительные приборы и предварительно разрезанные таблетки).
4. Все лекарства будет храниться в закрытом месте и отпускаться только обученным персоналом. Учителя не будут хранить или распределять лекарства в классах.
5. Все лекарства, отпускаемые без рецепта врача, необходимые для приема во время школьных занятий и необходимые для того, чтобы ребенок находился в школе, требуют заполнения формы Прием лекарств в школе. Препарат не должен быть просрочен и должен содержаться в первоначальном контейнере с этикеткой, включающей инструкции.

Я прочитал(а) и понял(а) информацию, которую я получил(а) в этой форме.

Подпись родителя

Номер телефона в дневное время

Дата