

\_\_\_\_\_  
学生姓名

\_\_\_\_\_  
出生日期

\_\_\_\_\_  
学校

\_\_\_\_\_  
教师姓名/年级

我要求学校工作人员根据健康机构提供商的书面说明协助我的孩子服用这种药物。

1. 诊断(药物治疗或紧急注射的指征):

\_\_\_\_\_

2. 处方药: \_\_\_\_\_ 有效期 \_\_\_\_\_

剂量: \_\_\_\_\_ 频率/时间: \_\_\_\_\_

3. 可能的药物反应: \_\_\_\_\_

4. 其他具体说明: \_\_\_\_\_

5. 停止用药日期: \_\_\_\_\_

这里的药物/紧急注射需要安排在上课时间。

•医学治疗是父母和医疗保健提供者的责任。服用药物不是法律要求学校需要提供的服务。但是, 如果绝对需要学生在校期间服用药物, 请填写此表格, 并附上医疗保健提供者的具体说明和监护人/监护人的签名。

•据了解, 学校没有法律义务协助对我的孩子进行药物治疗。因此, 我同意学区及其雇员不在此类药物的结果或给药方式承担任何和所有责任, 并赔偿他们每个人因任何民事判决而造成的损失这些可能对他们不利的安排。

•如果我们更换医疗保健提供者, 或者更换或停止用药, 我会立即通知学校。剂量的变化必须由医疗保健提供者验证。如果学校工作人员通知我药物在治疗过程结束后或学年结束时仍有残留, 我将从学校收集药物或了解药物将得到妥善处理。

药物必须在原始药房容器中提供。

表格背面需要签名。

处方药需要医疗保健提供者的签名(可能采用当前 Rx 标签的形式)。

---

医疗机构代表签名

医疗机构代表姓名(正笔书写)

---

医疗机构电话号码#

日期

## 学生用药

如果需要药物(处方药或非处方药)以使学生安全留在学校,则以下程序有效:

1. 家长/监护人必须完成此药物协助给药前的表格。
2. 所有的都需要医生签字处方药物。(如果所有信息都完整,这可以是处方标签的形式。)所有药物不得过期,并且必须在原始容器中。处方标签必须是最新的,包括学生姓名、药物名称、剂量说明以及医生姓名和电话号码。
3. 家长/监护人必须提供正确给药所需的所有用品(即测量设备和预切药丸)。
4. 所有药物都将存放在上锁区域,只能由受过培训的人员配药。教师不会在教室内存放或分发药物。
5. 在学校上课期间需要的所有非处方药,以及孩子留在学校所必需的药物,都需要完成此药物协助形式。药物不得过期,并且必须装在带有说明的原始标签容器中。

我已阅读并理解此表格上的信息。我已收到此表格的副本。

---

家长签名

日间电话号码

日期