

**Assistência com medicamentos de balcão
(sem receita médica)**

Os seguintes OTC medicamentos/itens de venda livre (sem receita médica) foram aprovados pelo médico da nossa escola e podem ser administrados para alívio sintomático de condições menores de saúde, a critério da enfermeira da clínica e com autorização dos pais/responsáveis.

Por favor, imprima, assine e devolva este formulário no início do ano letivo.

Nome do Estudante: _____ Série/Sala de Aula: _____

Data de Nascimento/Idade: _____ Peso do Estudante: _____

Escola: _____ Ano: _____

Eu autorizo que a enfermeira da clínica administre os seguintes medicamentos de balcão/itens de venda livre, conforme necessário, com base nas melhores evidências e instruções do produto **(indique tudo o que você está disposto à autorizar):**

- Acetaminofeno para dor
- Ibuprofeno para dor e/ou inflamação
- Comprimidos antiácidos – para pequenos desconfortos gastrointestinais
- Bacitracina – para pequenos cortes e abrasões
- Pomada de hidrocortisona ou cremes – para pequenas irritações da pele
- Cremes anti-coceira/loções (calamina, calamina clara) – para pequenas irritações da pele

Os seguintes itens ***serão usados*** regular e diariamente na clínica para ajudar a tratar todas as queixas menores. Por favor, comunique-se com a enfermeira da escola do seu filho(a) se você não quiser que sua criança use qualquer um desses itens.

Sabonetes antissépticos /lenços umedecidos/sprays, loções de corpo/cremes/bálsamos, soluções para cuidado dos olhos (solução de contato, colírios), vaselina/aquaphor, solução salina para lavagem de feridas, gargarejo de água salgada, lenços umedecidos para matar picadas, babosa, pasta de dente, enxaguante bucal, lençinhos, cera dental

****Eu autorizo a equipe das Escolas da Cidade de Marietta a ajudar meu filho(a) no uso de medicações. Eu, por meio deste, libero e renuncio, e também concordo em indenizar, isentar ou reembolsar as Escolas da Cidade de Marietta, os membros individuais, agentes, funcionários e representantes, de e contra qualquer reclamação que eu, qualquer outro pai ou responsável, qualquer irmão, o estudante, ou qualquer outra pessoa, empresa ou corporação possa ter ou alegar ter, conhecido ou desconhecido, direta ou indiretamente, por quaisquer perdas, danos ou lesões decorrentes, durante ou em conexão com a administração de qualquer medicamento.*

Assinatura dos Pais/Responsáveis _____ Data _____