



## Écoles publiques Gahanna-Jefferson

Utilisation des médicaments

5330 F3

R.C. 3313.716

### AUTORISATION POUR LA POSSESSION ET L'UTILISATION D'UN INHALATEUR CONTRE L'ASTHME PAR UN ELEVE

Nom de l'étudiant : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse de l'étudiant : \_\_\_\_\_

École : \_\_\_\_\_ Classe: \_\_\_\_\_ Enseignant : \_\_\_\_\_

- La Rubrique I doit être remplie par le professionnel de santé de l'élève, agréé par l'État et autorisé à prescrire des médicaments (« le prescripteur »).
- La Rubrique II doit être remplie et signée par le parent/tuteur de l'élève.
- Vous devez remettre ce formulaire au directeur de l'école et/ou à l'infirmière avant que l'étudiant puisse porter et utiliser un inhalateur contre l'asthme à l'école pour soulager les symptômes asthmatiques, ou avant l'exercice pour prévenir l'apparition de ces symptômes.

#### I. PRESCRIBER'S SECTION

*This is to certify that the above named student is under my care and self-possess and use the below asthma inhaler as prescribed:*

<b>Medication</b>	
<b>Dose/Route</b>	
<b>Procedures for school employees if the medication does not produce the expected relief</b>	
<b>Severe adverse reactions to be reported to prescriber</b>	
<b>Start &amp; end date of this request</b>	<b>Start</b> _____ <b>End</b> _____

As a licensed health professional in the State of Ohio, and at the request of this student's parent/guardian, I direct that the above medication be self-administered as indicated above.

Prescriber's printed name and title: \_\_\_\_\_

Prescriber's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Address: : \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

---

## II. RUBRIQUE PARENTS/TUTEURS

En tant que parent/tuteur de l'enfant susmentionné, j'autorise mon enfant à porter et à utiliser un inhalateur contre l'asthme, tel que prescrit, à l'école et au cours de toute activité scolaire à laquelle l'école de mon enfant participe.

Par la présente, je dégage le Conseil de l'éducation et tous les employés de l'école de toute responsabilité pour les dommages ou blessures qui découleraient directement de cette autorisation.

Je suis responsable de la livraison de ce médicament à la clinique scolaire et j'aviserai immédiatement l'école si ce médicament n'est plus nécessaire.

J'accepte de soumettre un formulaire révisé *d'Autorisation pour la possession et l'utilisation d'un inhalateur contre l'asthme par un élève* si des modifications sont apportées au médicament ci-dessus, ou si nous changeons de professionnel de santé.

S'il est nécessaire de prendre ce médicament pendant les activités de plus d'une journée parrainées par le district, j'accepte de remettre une dose séparée au personnel scolaire formé supervisant ces activités pour mon enfant.

J'accepte de soumettre un formulaire révisé *d'Autorisation pour la possession et l'utilisation d'un inhalateur contre l'asthme par un élève*, devant inclure les instructions du prescripteur pour l'emploi en dehors des heures scolaires normales.

Je consens à la communication entre le prescripteur ou sa clinique, l'infirmière scolaire et le personnel désigné, en cas de nécessité, pour la gestion des médicaments de mon enfant.

Nom du parent/tuteur en caractères d'imprimerie : \_\_\_\_\_

Signature du parent /du tuteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

