

Nome do Estudante: \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_\_ Série/Ano: \_\_\_\_\_ Ano letivo: \_\_\_\_\_

Escola: \_\_\_\_\_ Nome do pai/mãe ou responsável: \_\_\_\_\_

 Este aluno já recebeu algum anticonvulsivante de emergência?  Sim  Não Data última vez em que foi dado: \_\_\_\_\_

Nome da medicação de emergência: \_\_\_\_\_

Tipo de convulsões: \_\_\_\_\_

**This Portion to be Completed by a Licensed Healthcare Professional (LHCP)**

(e.g., MD, DO, ARNP, DDS, etc.)

Diagnosis/ Condition	Medication	Dose	Route	Time/ Frequency	Side Effects	*Self Carry
						Y N
						Y N
						Y N
						Y N
						Y N
						Y N

**SIDE EFFECT: respiratory depression, sleepiness**

 Administer:  Diastat  Midazolam  Other: \_\_\_\_\_ by  rectal  nasal  oral

Administer: \_\_\_\_\_ mg of medication after seizure of \_\_\_\_\_ minutes duration or \_\_\_\_\_.

\*Marking "yes" to self-carry/administer indicates that the LHCP has provided instruction in the purpose and appropriate method/frequency of use, and that the student is capable and safe to self-carry and/or self-administer.

I request and authorize that the above-named student receive the above-identified medications in accordance with the instructions indicated beginning \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ not to exceed the current school year and Summer School or otherwise specified \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

**Clinic Stamp**

LHCP's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

LHCP's Name: \_\_\_\_\_ Phone Number: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

LHCP's Address: \_\_\_\_\_ Fax Number: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, VIRE PARA COMPLETAR O OUTRO LADO**

## Permissão dos pais/responsáveis

O medicamento deve ser fornecido por mim na embalagem original, etiquetada pela farmácia com o nome do medicamento, a quantidade a ser tomada e o horário do dia em que deve ser tomado. O nome do profissional de saúde licenciado está no rótulo. Caso haja algum medicamento remanescente após o término do tratamento, eu o recolherei na escola ou entenderei que ele será destruído.

Assinatura do pai/mãe/responsável: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do aluno (quando autoportando): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Nurse Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Administração de Medicamentos na Escola

Os medicamentos devem ser administrados na escola somente quando necessário. A sala de saúde da escola funciona apenas durante o horário escolar e não permanece aberta durante os clubes extracurriculares, treinos/jogos esportivos, concertos, bailes ou outros eventos patrocinados pela escola. Se o aluno precisar receber medicamentos orais ou tópicos prescritos, colírios, gotas auriculares, medicamentos em spray nasal pré-misturados ou medicamentos para alergias que salvam vidas durante o horário escolar ou quando o aluno estiver sob a supervisão da equipe do distrito e para eventos oficiais da escola, o diretor designará e o enfermeiro da escola treinará e delegará a equipe da escola para administrar os medicamentos e fornecer um plano para acessar os medicamentos. O medicamento a ser administrado na escola deve ter uma ordem por escrito assinada por um profissional de saúde licenciado (LHCP) trabalhando dentro do escopo de sua autoridade prescritiva e ter a assinatura dos pais/responsáveis. Os pais/responsáveis são responsáveis por garantir que medicamentos e suprimentos de tratamento estejam disponíveis para seus filhos. O medicamento deve estar no recipiente original e devidamente rotulado. Isso inclui qualquer medicamento, mesmo os de venda livre de receita. Pais/responsáveis que desejam que seus alunos carreguem e administrem seus próprios medicamentos de forma independente devem fornecer autorização de medicamentos assinadas pelo LHCP, declarando explicitamente esse plano. Observação: os alunos não estão autorizados a transportar substâncias controladas. Não é recomendado que alunos do Jardim de Infância ao 5º Ano do Ensino Fundamental autoportem seus medicamentos. Alunos que transportam medicamentos não isentam os pais/responsáveis da atualização anual de saúde, das autorizações de medicamentos e do plano de saúde a cada ano letivo. Sempre que possível, os pais/responsáveis e o LHCP são incentivados a elaborar um cronograma de administração de medicamentos caso o aluno esteja participando de atividades patrocinadas pela escola fora do horário normal de aula. O Distrito Escolar de Edmonds não se responsabiliza por reações adversas quando o medicamento é administrado de acordo com a prescrição do LHCP. O Distrito Escolar de Edmonds não compartilha informações privadas de saúde com entidades externas sem consentimento explícito por escrito.

Além disso, RCW 28A.210.260, RCW 28A.210.355 e RCW 28A.210.330 permitem que os pais de alunos com epilepsia ou diabetes selecionem um "adulto designado pelos pais" para fornecer cuidados de enfermagem direcionados pelos pais na escola.

Antes de participar de excursões, atividades esportivas, clubes, etc., os pais/responsáveis de um aluno com problemas de saúde devem consultar o enfermeiro da escola para desenvolver considerações sobre cuidados em um ambiente externo.

O plano de cuidados não se estende nem se aplica a atividades não patrocinadas pela escola. Se um aluno frequentar programas de assistência estendida antes/depois da escola, ou participar de atividades não patrocinadas pela escola, os pais/responsáveis são responsáveis por notificar a liderança do programa daquela entidade sobre as necessidades de assistência médica e medicamentosa do aluno.

## ESTA PARTE DEVE SER PREENCHIDA PELOS PAIS/RESPONSÁVEIS

### Eu, o Pai/Responsável, Entendo que:

Quando notificado pela equipe da escola de que o medicamento expirou, não é mais necessário como tratamento ou no final do ano letivo, sou responsável por coletar o medicamento na escola ou entendo que ele será destruído. O Distrito Escolar de Edmonds não assume nenhuma responsabilidade pelos medicamentos que são autoportados e autoadministrados. Caso surja um problema de segurança, o enfermeiro da escola tem o direito de notificar os pais/responsáveis/aluno e interromper o privilégio de automedicação. O plano de saúde do aluno será modificado anualmente para refletir as necessidades atuais de saúde. Eu fornecerei informações de saúde, formulários de autorização de medicamentos, medicamentos não vencidos em um recipiente devidamente etiquetado e suprimentos de tratamento.

**Opcional:**  Ao marcar esta caixa, eu dou consentimento para que medicamentos não controlados sejam enviados para casa com o aluno.

O estudante participa de:

Atletismo

Música

Clubes pós-aulas

Outras atividades patrocinadas pela escola \_\_\_\_\_

**Minha assinatura abaixo indica que li, entendi e cumprirei a política de medicamentos.**

Assinatura do pai/mãe/responsável: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_