

Autorização de Medicação das Escolas Públicas de Barnstable

As normas estaduais e escolares exigem uma autorização anual por escrito **tanto do médico quanto dos pais/responsáveis** para a administração de medicamentos na escola. Isto aplica-se **tanto para medicamentos com ou sem receita médica.**

Autorização por escrito do Médico - MEDICATION ORDER

To be completed by a licensed prescriber

Student Name: _____ DOB: _____

Allergies: _____

Diagnosis: _____

Medication: _____ Dosage: _____ Route: _____

Frequency: _____ Administration Time: _____

Please note: Whenever possible, medication should be scheduled at times other than school hours.

Date of Order: _____ Discontinuation date: _____

Side effects, contraindications, adverse reactions: _____

Other medications taken by the student: _____

Date of next scheduled visit: _____

Consent for self-administration (provided the school nurse determines it is safe and appropriate): _____ Yes _____ No

Name of Licensed Prescriber: _____ Date: _____

Physician Signature: _____ Phone Number: _____

CONSENTIMENTO DE PAIS/RESPONSÁVEIS PARA A ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Todos os medicamentos com receita médica e de venda livre devem estar na embalagem original da farmácia, rotulados com o nome da criança, data, e o nome, dose e dosagem do medicamento. A maioria das farmácias fornecerá um segundo recipiente rotulado, se solicitado. **Um adulto deve trazer todos os medicamentos para a escola. A escola somente pode armazenar um suprimento com validade de 30 dias.**

Nome do(a) estudante: _____ Série: _____

1. Permito que a enfermeira escolar administre a medicação acima prescrita pelo médico acima para a minha criança.

_____ Sim _____ Não

2. Permito que a enfermeira escolar compartilhe informações relativas à administração de medicamentos prescritos com funcionários responsáveis, na medida que ela determinar apropriado para a saúde e segurança de meu filho(a).

_____ Sim _____ Não

3. Compreendo que se a turma de meu filho(a) tiver um passeio, outro adulto treinado (que não seja a enfermeira escolar) poderá administrar o medicamento ao meu filho(a). _____ Sim _____ Não

4. Permito que meu filho(a) administre medicamentos (se o(a) médico(a) consentir e a enfermeira da escola determinar seguro e apropriado). _____ Sim _____ Não

Nome do pai/mãe/responsável: _____ Parentesco: _____

Assinatura: _____ Data: _____

Telefone preferencial: _____ Telefone alternativo: _____

No final do tratamento ou do ano letivo, qualquer medicamento deixado na escola será descartado.