



COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 15

ДОЗВІЛ НА ЗАСТОСУВАННЯ МЕДИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ

ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ УЧНЯ		ДАТА НАРОДЖЕННЯ	
ОДИН ІЗ БАТЬКІВ / ОПІКУН		ТЕЛЕФОН	
АЛЕРГІЇ		КЛАС	

Адміністрація округу 15 вважає, що батьки/опікуни несуть основну відповідальність за прийом медичних препаратів їхніми дітьми. Тому Відділ освіти (Board of Education) не рекомендує приймати медичні препарати у звичайні шкільні години й під час шкільних заходів, окрім випадків, коли це необхідно для здоров'я та благополуччя учня. Для прийому медичних препаратів у навчальному закладі батьки/опікуни учня та лікар або вповноважена особа, що виписує рецепти, повинні заповнювати й підписувати цю форму кожного навчального року щодо кожного рецептурного та безрецептурного препарату.

Медичні препарати, які приносяться до навчального закладу з метою прийому, повинні бути в оригінальній упаковці з рецептом з аптеки чи медичного закладу або в оригінальній упаковці безрецептурних ліків, на етикетці яких має бути чітко зазначено наведену далі інформацію.

1. Ім'я та прізвище учня 2. Назва й доза медичного препарату 3. Схема застосування медичного препарату

Медичні препарати **повинні** бути принесені до навчального закладу батьками/опікунами та узгоджені із середнім медичним працівником цього закладу. Ліки, що залишилися на кінець року, **повинні** забрати батьки/опікуни, інакше ці ліки будуть утилізовані.

ДЛЯ ЗАПОВНЕННЯ ЛІКАРЕМ АБО ОСОБОЮ, УПОВНОВАЖЕНОЮ ПРИЗНАЧАТИ РЕЦЕПТУРНІ ПРЕПАРАТИ

Причина призначення медичного препарату / діагнозу: _____

Чи необхідно приймати медичний препарат під час навчального дня? ☐ Так ☐ Ні

Назва медичного препарату: _____

Доза: _____ Спосіб введення: _____ Частота / конкретний час застосування: _____

Можливі негативні побічні реакції: _____

Коментарі / додаткові вказівки: _____

Інші медичні препарати, які приймає учень: _____

Навчальний рік _____ Дата початку _____ Дата завершення _____ ☐ План дій у надзвичайних ситуаціях додається

Ім'я та прізвище уповноваженої особи, яка призначила медичний препарат (друкованими літерами або печатка) _____

Адреса вповноваженої особи, яка призначила медичний препарат: _____

Телефон уповноваженої особи, яка призначила медичний препарат: _____ Факс _____

Підпис уповноваженої особи, яка призначила медичний препарат: _____ Дата _____

МАЄ БУТИ ЗАПОВНЕНО ВСІМА БАТЬКАМИ/ОПІКУНАМИ

Я підтверджую ознайомлення з політикою та процедурами щодо медикаментозного лікування, що діють у шкільному окрузі, і їхнє розуміння. Підписом нижче підтверджую, що я несу основну відповідальність за прийом ліків своєю дитиною. Однак, якщо я не зможу цього зробити, а також у разі невідкладної медичної потреби, я вповноважую Шкільний округ і його працівників і агентів від мого імені вводити або намагатися вводити моїй дитині (або дозволяти моїй дитині самостійно приймати ліки відповідно до законодавства штату й політики Шкільного округу під наглядом працівників і агентів Шкільного округу) законно призначені медичні препарати в порядку, описаному вище. Це передбачає надання моїй дитині непризначених ліків проти астми, ін'єкцій епінефрину або антагоністів опіоїдів, якщо в окрузі є такі непризначені препарати, коли є обґрунтовані підозри, що в моєї дитини напад астми, анафілактична реакція або передозування опіоїдами, незалежно від того, чи відомо мені про такі реакції. Я усвідомлюю, що може виникнути потреба у введенні медичних препаратів моїй дитині іншою особою, а не шкільним середнім медичним працівником, і надаю свою згоду на такі дії. Я погоджуюся відшкодувати збитки, звільнити й убезпечити Шкільний округ і його працівників та агентів від будь-яких претензій, за винятком претензій, що ґрунтуються на навмисній і необережній поведінці, які виникають у зв'язку з введенням моїй дитині медичних препаратів або самостійним прийомом медичних препаратів моєю дитиною, зокрема ліків проти астми, ін'єкцій епінефрину або ліків, що вимагаються згідно з кваліфікаційним планом.

Підпис одного з _____

батьків /опікуна

Дата