



COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 15

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРИМЕНЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ПРЕПАРАТОВ

ИМЯ И ФАМИЛИЯ УЧАЩЕГОСЯ		ДАТА РОЖДЕНИЯ	
РОДИТЕЛЬ/ОПЕКУН		ТЕЛЕФОН	
АЛЛЕРГИИ		КЛАСС	

Администрация округа 15 считает, что родители/опекуны несут основную ответственность за прием медицинских препаратов их детьми. В связи с этим Отдел образования (Board of Education) не рекомендует принимать медицинские препараты в обычные школьные часы и во время школьных мероприятий, кроме случаев, когда это необходимо для здоровья и благополучия учащегося. Для получения медицинских препаратов в учебном заведении родитель/опекун учащегося и врач или лицо, уполномоченное назначать рецептурные препараты, должны заполнять и подписывать эту форму на каждый учебный год для каждого рецептурного и безрецептурного препарата.

Медицинские препараты, которые приносятся в учебное заведение с целью приема, должны быть в оригинальной упаковке с рецептом из аптеки или медицинского учреждения либо в оригинальной упаковке безрецептурных лекарств, на этикетке которых должна быть четко указана приведенная далее информация.

1. Имя и фамилия учащегося 2. Название и доза медицинского препарата 3. График приема медицинского препарата

Медицинские препараты **должны** быть принесены в учебное заведение родителями/опекунами и согласованы со средним медицинским работником этого заведения. Родители/опекуны **должны** забрать лекарства, оставшиеся по состоянию на конец года, иначе эти лекарства будут утилизированы.

ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ ВРАЧОМ ИЛИ ЛИЦОМ, УПОЛНОМОЧЕННЫМ НАЗНАЧАТЬ РЕЦЕПТУРНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Причина назначения медицинского препарата/диагноза: _____

Необходимо ли принимать медицинский препарат во время учебного дня? ☐ Да ☐ Нет

Название медицинского препарата: _____

Доза: _____ Способ применения: _____ Частота / конкретное время применения: _____

Возможные негативные побочные реакции: _____

Комментарии / дополнительные указания: _____

Другие медицинские препараты, которые принимает учащийся: _____

Учебный год _____ Дата начала _____ Дата окончания _____ ☐ План действий на случай чрезвычайной ситуации прилагается

Имя и фамилия уполномоченного лица, назначившего медицинский препарат (печатными буквами или печать): _____

Адрес уполномоченного лица, назначившего медицинский препарат: _____

Телефон уполномоченного лица, назначившего медицинский препарат: _____ Факс _____

Подпись уполномоченного лица, назначившего медицинский препарат: _____ Дата _____

ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ ВСЕМИ РОДИТЕЛЯМИ/ОПЕКУНАМИ

Я подтверждаю ознакомление с политикой и процедурами медикаментозного лечения, действующими в школьном округе, и их понимание. Подписываясь ниже, я соглашаюсь с тем, что несу основную ответственность за прием медицинских препаратов своим ребенком. Однако, если я не смогу этого сделать, а также в случае неотложной медицинской необходимости, я уполномочиваю Школьный округ и его работников и агентов от моего имени вводить или пытаться вводить моему ребенку (или позволять моему ребенку самостоятельно принимать лекарства в соответствии с законодательством штата и политикой Школьного округа под наблюдением работников и агентов Школьного округа) законно назначенные медицинские препараты в порядке, описанном выше. Это предусматривает предоставление моему ребенку неназначенных лекарств против астмы, инъекций эпинефрина или антагонистов опиоидов, если в округе есть такие неназначенные препараты, когда есть обоснованные подозрения, что у моего ребенка приступ астмы, анафилактическая реакция или передозировка опиоидами, независимо от того, известно ли мне о таких реакциях. Я осознаю, что может возникнуть потребность во введении медицинских препаратов моему ребенку другим лицом, а не школьным средним медицинским работником, и предоставляю свое согласие на такие действия. Я соглашаюсь возместить ущерб, освободить и обезопасить Школьный округ, а также его работников и агентов от любых претензий, за исключением претензий, основанных на умышленном и неосторожном поведении, которые возникают в связи с введением моему ребенку медицинских препаратов или самостоятельным приемом медицинских препаратов моим ребенком, в частности лекарств против астмы, инъекций эпинефрина или лекарств, требуемых согласно квалификационному плану.

Подпись

родителя/опекуна _____ Дата _____