

**Advanced Math and Science Academy Charter School Permissão para Pais/Responsáveis /
Plano de Administração de Medicamentos (MAP) 2025-26**

Estudante: _____ Data de nascimento: _____

Série: _____

Nome do Prescritor Licenciado: _____

Número de telefone: _____

Contato de Emergência; Nome/Número:

#1 Nome dos pais/responsáveis: _____

Telefone residencial: _____

Celular: _____

#2 Nome dos pais/responsáveis: _____

Celular: _____

Nome do medicamento: _____

Data da Ordem Médica (recebida após 1º de julho de 2025) _____

Diagnóstico: _____

Duração da Medicação (Data de Início/Data de Término): _____

Possíveis Efeitos Colaterais/Reações Adversas – _____

Plano para monitorar o aluno após a administração, se necessário:

Alergias a alimentos ou medicamentos: () Sim () Não Especifique

Alergia: _____ Outros

medicamentos/suplementos/ervas sendo tomados pelo aluno (se não violarem a
confidencialidade): _____

Local onde ocorrerá a administração do medicamento;

() Gabinete de Saúde () Outros; _____

Auto-administrado (apenas para insulina, enzimas alimentares, EpiPen, inalador) () Sim ()

No _____

() Entendo que um pai/responsável deve deixar a medicação para a enfermeira da escola e um suprimento de 30 dias é o máximo que pode ser armazenado na escola. Deve estar nele o frasco original da Farmácia com o rótulo apropriado.

() Dou permissão à enfermeira da escola para administrar a medicação acima ao meu filho.

() Dou permissão à enfermeira da escola para compartilhar com o pessoal apropriado da escola as informações relativas à medicação prescrita conforme considerado necessário para a saúde e segurança do meu filho.

Solicito que meu filho receba a medicação na escola antes da dispensa nos dias de dispensa antecipada. (Aprox. 11h07) () Sim () Não

() Solicito que meu filho receba a medicação em viagens de campo **** Observe que uma enfermeira nem sempre está disponível para uma viagem de campo

Os pais comparecerão se nenhuma enfermeira estiver disponível? () Sim () Não ; O aluno pode receber medicação após o retorno () Sim () Não () fazer outras arrangements_____

() Entendo que, para que este medicamento seja descontinuado, preciso de um atestado médico atualizado do provedor do aluno.

Esteja ciente de que não há disponibilidade para administração de medicamentos durante as atividades extracurriculares, exceto que a equipe é treinada para a administração do EpiPen

Assinatura dos pais/responsáveis: _____

Data: _____

Assinatura do aluno (se apropriado): _____

Data: _____

SOMENTE PARA USO DO ESCRITÓRIO DE SAÚDE:

Assinatura da enfermeira da escola: _____

Data: _____ Data do pedido médico recebido: _____ Quantidade de medicamento recebido e Data: _____ Dosagem: _____

Frequência: _____ Tempo Específico: _____ Via de Administração: _____ Data de Validade: _____ Condições de Armazenamento Necessárias: () Desbloqueado

(EpiPen, Inalador, suprimentos para diabéticos (Baqsimi, Glucagon, Carboidratos), Enzimas de Fibrose Cística () Armário trancado (Valtoco/Diastat, ADHD, Rx Meds & OTC) () Geladeira trancada à noite/destrancada durante o horário escolar (Insulina) () Outros: _____

Descarte de medicamentos: () Acabado () Devolvido aos pais/responsáveis () Dado à Estudante de Enfermagem Sig.: _____ Data: _____ () Descartado- Testemunha:

Data: _____ Editado 6/3/25 MGW ** Pedidos de medicamentos podem ser anexados a este formulário