

高级数学与科学学院特许学校家长/监护人许可/药物管理计划 (MAP) 2025-26 学生 :

_____ 出生日期 : _____ 年级 :

_____ 持牌处方者姓名 : _____ 电话号码 :

_____ 紧急联系人;姓名/号码 :

_____ 家长/监护人姓名 :

_____ 家庭电话 : _____

手机 : _____ 家长/监护人姓名 :

_____ 手机 : _____ 药物

名称 : _____ 医疗指示日期 (2025 年 7 月 1 日之

后收到) _____ 诊断 : _____

用药持续时间 (开始日期/结束日期) : _____ 可能的副作用/不良反应 - 如果

需要, 计划在给药后监测学生 : _____ 对食

物或药物过敏 : () 是 () 否 指定过敏 :

_____ 学生正在

服用其他药物/补充剂/草药 (如果没有违反保密性) :

_____ 给药地点; () 卫生办公室 () 其他

; _____ 自行给药 (仅适用于胰岛素、食物酶、EpiPen、吸入器)

() 是 () No _____ () 我了解家长/监护人必须将药物交给学校护士, 并且 30 天的

供应量是学校可以储存的最大剂量。里面必须有带有适当标签的原装药房瓶。 () 我允

许学校护士给我的孩子服用上述药物。 () 我允许学校护士与适当的学校工作人员分享

与我孩子的健康和安全所必需的处方药相关的信息。 () 我要求我的孩子在提前放学日

放学前在学校接受药物治疗。(约上午11时07分) () 是 () 否 () 我要求我的孩子

在实地考察中接受药物 **** 请注意, 实地考察并不总是有护士 如果没有护士, 家长会参

加吗? () 是 () 否;学生在返回后可能会接受药物 () 是 () 否 () 进行其他

arrangements _____ () 我了解要停用这种药物, 我需要学生提供者提供更新的医疗

证明。请注意, 除了工作人员接受过 EpiPen 管理培训外, 在课后活动期间无法进行药物

管理 家长/监护人签名 : _____ 日期 :

_____ 学生签名 (如果适用) :

_____ 日期 : _____ 仅供

卫生办公室使用 : 学校护士签名 : _____

日期 : _____ 收到医嘱的日期 : _____ 收到的药物数量和日期

: _____ 剂量 : _____ 频率 : _____ 具体时间 :

_____ 给药途径 : _____ 有效期 : _____ 所需储存条件 : () 解锁 (

EpiPen、吸入器、糖尿病用品 (Baqsimi、胰高血糖素、碳水化合物)、囊性纤维化酶 (

) 上锁的柜子 (Valtoco/Diastat、ADHD、Rx 药物和 OTC) () 冰箱锁定在夜间/上课时

间解锁 (胰岛素) () 其他 : _____ 药物处置 : () 完成 () 返回给父母/

监护人 () 交给学生护士 Sig. : _____ 日期 : _____ () 处置 - 证

人 :

_____ 日期 : _____ 编辑 6 年 3 月 25 日 MGW ** 药物订单可附在此表格中