

学年用药授权书 _____



学生姓名: _____ 出生日期: _____ 学生证编号 _____

学校: _____ 年级: _____ 家长/监护人电话号码: _____ Northshore School District
3416 F-1

本部分将由持牌医疗保健服务提供者填写（请用印刷体书写）：

诊断或用药原因: _____

| 药物 | 剂量 | 给药途径 | 如为必要时服用， 请勾选 | 用药时间/频率或必要时服用的指示 |
|----|----|------|--------------------------|------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | <input type="checkbox"/> | |
| | | | <input type="checkbox"/> | |

显著副作用: _____

开始日期: _____ 结束日期: _____ 或学年结束

学生是否获授权自行携带药物? 是 否

学生是否获授权自行服用药物? 是 否

如为“是”，对于哮喘和过敏反应药物，我已对该学生进行了正确用药和使用频率的相关培训。

如已开具医嘱但学校护士不在场（例如实地考察、课后活动等）：

- 如果出现任何过敏症状或已知摄入过敏原，将注射肾上腺素。
- 注射类药物（肾上腺素除外）或直肠给药类药物不会由其他学校工作人员施用。如发生紧急情况，将拨打 911。

LHCP 诊所印章

LHCP 签名: _____ 日期: _____

LHCP 印刷体姓名: _____

电话号码: _____ 传真号码: _____

电子邮件: _____



本部分由家长或监护人填写

- 本人请求授权人员协助本人的孩子在学校服用下述处方药物，或根据医疗保健服务提供者（Health Care Provider, HCP）的指示和 Northshore School District (NSD) 第 3416 号政策的规定自行用药。
- 本人理解，在此表格上签名即表示，如果在以适当方式给药时出现不良反应，本人放弃追究学区和授权监督人员的责任。
- **变更给药时间和/或剂量均需 HCP 和家长/监护人提供书面授权。**
- 本人理解，由于出现意外情况或学生日程发生变化，药物剂量可能会延迟或遗漏。如果本人无法接受这种情况，学区没有义务满足由学校工作人员施用药物的请求。
- **交给学校的药物必须装在贴有正确标签的处方药瓶或原装非处方药容器中。请向药剂师索要一个额外的处方药瓶，以供在学校使用。**
- 本人允许学校与 HCP 交换信息。

家长/监护人签名 _____ 日期 _____

本人请求准许本人的孩子在学校组织的任何上学前/放学后活动或过夜户外教育项目期间自行携带治疗哮喘或过敏反应的药物。

本人请求准许本人的孩子自行服用治疗哮喘或过敏反应的药物。根据法律规定，本人签名即表明，本人理解学区对因学生自行服药导致的任何伤害概不承担任何责任，且家长或监护人应使学区及其员工或代理人免于承担因学生自行服药而产生的任何索赔。（NSD 第 3419 号政策）

家长/监护人签名 _____ 日期 _____

交回: 学校护士 _____ 电话号码 _____ 传真号码 _____

电子邮件: _____ 学校地址: _____



如果您的学生将在学校服用任何药物，必须与学校护士沟通。

Northshore School District 建议尽可能在家中服用药物。然而，我们认识到，在某些情况下，必须在上学期间服药。为了保护所有学生，并遵守华盛顿州的法律，学区制定了学校管理所有药物的政策和程序。

请不要将任何药物（包括阿司匹林、维生素和止咳药水）放入孩子的午餐盒、背包或口袋中。学校绝不会施用未作明确标识的药物。

由学校工作人员给药——必须满足以下条件：

- 所有药物，无论是非处方药（防晒霜除外）或处方药，都需要一份由学生的医疗保健服务提供者/牙医和
家长/监护人签名的现行北岸学区用药授权表。
- 送至学校的药物必须装在贴有正确标签的处方药或原装非处方药容器中。必须在
标签上注明学生姓名，并正确标明药物、剂量和给药指示。
- 仅可交给学校足以维持一个月的药物量。
- 此药物医嘱仅**当前**学年有效。
- 如果药物医嘱发生变更，家长有责任通知学校，并提供医疗保健服务提供者/牙医的证明。

实地考察：对于每天需要服药的学生，请向药房额外索取一个贴有标签的空药瓶，以供实地考察时使用。

学生自行用药——必须满足以下条件：

在情况适当且学校护士知情的前提下，家长/监护人可将自行用药的责任委托给学生。在这种情况下，家长免除
学区监督学生用药的任何义务，并对学生用药承担全部责任。

- 自行用药不适用于受管制物质，例如可待因、维可丁。
- 学生只能携带维持一天用量的药物（1 到 2 剂）。
- 药物必须存放于原装容器中。
- 学生必须持有家长/监护人签署的书面许可，才能自行用药。

无论是非处方药还是处方药，**连续十五 (15) 天以上的自行用药**都需要学生的医疗保健服务提供者/牙医和家长/监护人
签署的现行有效《Northshore 用药授权表》，声明学生可以自行用药。学生还必须向学校护士证明其有能力正确评估
自身症状并妥善用药。

哮喘和过敏反应药物：

当家长要求允许学生自行施用治疗哮喘和/或过敏反应（严重过敏反应）的药物时，必须填写一份用药授权表，
并由医疗保健服务提供者和家长监护人签字。许可表必须包含一份治疗计划，说明在紧急情况下该采取的措施。

医疗保健服务提供者还须为学生提供培训，以识别症状并正确使用药物。此外，学生必须向学校护士证明其有能力
正确评估自身症状和用药情况，包括在需要时如何获取帮助。（RCW 28A.210.370 和 Northshore School District
政策 3419）