



Ім'я студента: _____ Дата народження: _____ Клас: _____ Навчальний рік: _____

Школа: _____ Ім'я одного з батьків/опікуна: _____

Чи приймав цей студент коли-небудь екстрені протисудомні препарати? ☐ Так ☐ Ні Дата останнього прийому: _____

Назва препарату для невідкладної допомоги: _____

Тип судом: _____

This Portion to be Completed by a Licensed Healthcare Professional (LHCP)
(e.g. MD, DO, ARNP, DDS, etc.)

Diagnosis/ Condition	Medication	Dose	Route	Time/ Frequency	Side Effects	*Self Carry
						Y / N
						Y / N
						Y / N
						Y / N
						Y / N
						Y / N

Side Effect: respiratory depression, sleepiness

Administer: ☐ Diastat ☐ Midazolam ☐ Other: _____ by ☐ rectal ☐ nasal ☐ oral

Administer: _____ mg of medication after seizure of _____ minutes duration or _____ .

***Marking "yes" to self-carry/administer indicates that the LHCP has provided instruction in the purpose and appropriate method/frequency of use, and that the student is capable and safe to self-carry and/or self-administer.**

I request and authorize that the above-named student receive the above-identified medications in accordance with the instructions indicated beginning ____/____/____ not to exceed the current school year and Summer School or otherwise specified ____/____/____.

Clinic Stamp

LHCP's Signature: _____ Date: _____

LHCP's Name: _____ Phone Number: (____) _____

LHCP's Address: _____ Fax Number: (____) _____

Дозвіл батьків/опікунів

Ліки повинні бути надані мною в оригінальній упаковці, з етикеткою аптеки із зазначенням назви ліків, кількості, яку потрібно прийняти, та часу прийому. На етикетці має бути вказано ім'я ліцензованого медичного працівника. Якщо ліки залишаться після курсу лікування, я заберу їх зі школи або погоджусь з тим, що вони будуть знищені.

Підпис одного з батьків/опікуна: _____ Дата: _____

Підпис студента (який самостійно носить свої ліки): _____ Дата: _____

Nurse Signature: _____ Date: _____

БУДЬ ЛАСКА, ПЕРЕГОРНІТЬ, ЩОБ ЗАПОВНИТИ ЗВОРОТНУ СТОРОНУ

Прийом ліків у школі

Ліки слід давати в школі лише в разі потреби. Шкільний медичний кабінет працює тільки в навчальний час і не залишається відкритим під час роботи гуртків, спортивних тренувань/ігор, концертів, танців або інших заходів, що проводяться школою. Якщо учень повинен приймати прописані пероральні або місцеві ліки, очні краплі, вушні краплі, попередньо змішані назальні спреї або життєво необхідні ліки від алергії під час шкільних занять або коли учень перебуває під наглядом шкільного персоналу, а також під час офіційних шкільних заходів, директор призначає, а шкільна медсестра навчає і делегує шкільний персонал для введення ліків і надає план доступу до ліків. Ліки, які видаються в школі, повинні мати письмовий рецепт, підписаний ліцензованим медичним працівником (LHCP), який працює в межах своїх повноважень, а також підпис батьків/опікунів. Батьки/опікуни несуть відповідальність за забезпечення доступності ліків та лікувальних засобів для своїх учнів. Ліки повинні бути в оригінальній, належним чином промаркованій упаковці. Це стосується будь-яких ліків, що відпускаються без рецепта. Батьки/опікуни, які бажають, щоб їхній учень самостійно носив і приймав ліки, повинні надати підписані рецепти на ліки від свого лікаря загальної практики, в яких чітко вказано цей план. Зверніть увагу, що учням не дозволяється мати при собі контрольовані речовини. Учні до 5 класу не рекомендується мати при собі ліки. Якщо учні самостійно носять ліки, це не звільняє батьків/опікунів від обов'язку щороку проводити щорічну перевірку стану здоров'я, отримувати дозволи на прийом ліків та складати план медичного обслуговування. За можливості, батькам/опікунам та лікареві загальної практики рекомендується скласти графік прийому ліків, якщо учень бере участь у шкільних заходах у позаурочний час. Шкільний округ Едмондс не несе відповідальності за побічні реакції, якщо ліки видаються відповідно до розпорядження лікаря (LHCP). Шкільний округ Едмондс не передає приватну медичну інформацію стороннім особам без прямої письмової згоди.

Крім того, RCW 28A. 210.260, RCW 28A.210.355 та RCW 28A.210.330 дозволяють батькам учнів з епілепсією, діабетом або недостатністю надиркових залоз обрати «дорослого, призначеного батьками», який забезпечуватиме догляд під керівництвом батьків у школі.

Перед тим, як брати участь в екскурсіях, заняттях з легкої атлетики, гуртках тощо, батьки/опікуни учня, який має проблеми зі здоров'ям, повинні проконсультуватися зі шкільною медсестрою, щоб розробити заходи з догляду за ним у позашкільному середовищі.

План охорони здоров'я не поширюється на позашкільні заходи, що фінансуються школою. Якщо учень відвідує групу продовженого дня до/після школи або бере участь у позашкільних заходах, батьки/опікуни несуть відповідальність за інформування керівництва програми про потреби дитини в медичному обслуговуванні та медикаментах.

ЦЕЙ РОЗДІЛ ЗАПОВНЮЄТЬСЯ БАТЬКАМИ/ОПІКУНАМИ

Я, батько/мати/опікун, розумію:

Після повідомлення шкільного персоналу про те, що термін придатності ліків закінчився, вони більше не потрібні для проходження курсу лікування або в кінці навчального року, я несу відповідальність за те, щоб забрати ліки зі школи, або розумію, що вони будуть знищені. Шкільний округ Едмондс не несе відповідальності за ліки, які носять із собою або приймають самостійно. У разі виникнення проблеми з безпекою, шкільна медсестра має право повідомити батьків/опікунів/учнів і позбавити їх привілею на самостійний прийом ліків. План охорони здоров'я учня буде щорічно змінюватися, щоб відображати актуальні потреби у сфері охорони здоров'я. Я надаватиму інформацію про стан здоров'я, дозволи на прийом ліків, ліки, термін придатності яких не закінчився, у належним чином промаркованому контейнері та лікувальні засоби.

За бажанням: ☐ Відмічаючи це поле, я даю згоду на те, щоб неконтрольовані ліки були повернуті додому разом зі студентом.

Студент бере участь у :

- ☐ легкої атлетиці
- ☐ Музиці
- ☐ Позашкільних гуртках
- ☐ Інших шкільних заходах : _____

Мій підпис нижче свідчить про те, що я прочитав/-ла, зрозумів/-ла і буду дотримуватися правил щодо медикаментів.

Підпис одного з батьків / опікуна: _____ Дата: _____

підпис студента (при собі): _____ Дата: _____