



GIẤY ỦY QUYỀN CHO NHÂN VIÊN NHÀ TRƯỜNG ĐƯỢC CHỈ ĐỊNH THỰC HIỆN VIỆC CHO HỌC SINH DÙNG THUỐC

Tên học sinh: _____ Ngày sinh: _____

Trường: _____ Lớp: _____

Tôi cho phép nhân viên nhà trường thực hiện việc cho học sinh dùng loại thuốc này theo các hướng dẫn sau:

Thuốc: _____ Ngày Bắt đầu: _____ Ngày Kết thúc: _____

Liều lượng (Độ mạnh/số lượng): _____ Thuốc Không cần Toa _____ Thuốc theo toa _____

Tần suất (mức độ thường xuyên): _____ Thời gian dùng thuốc tại trường trong ngày: _____

Tên Nhà thuốc: _____

Đường dùng (vui lòng khoanh tròn một lựa chọn): Đường miệng Đường tai Đường mắt Đường mũi Đường da

Số Toa thuốc (nếu có): _____ Tên Bác sĩ kê Toa (nếu có): _____

Số điện thoại Bác sĩ kê Toa (nếu có): _____

Lý do Dùng thuốc: _____

Hướng dẫn Đặc biệt:

TẤT CẢ CÁC LOẠI THUỐC PHẢI ĐƯỢC Đựng TRONG HỘp Đựng GỐC, CÒN HẠN SỬ DỤNG VÀ CÓ NHÃn DÁN CHÍNH XÁC

Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm cung cấp loại thuốc này và duy trì nguồn cung cấp khi cần thiết. Tất cả các loại thuốc phải được mang từ nhà đến và phải được đựng trong hộp đựng gốc, có nhÃn dán đầy đủ và còn hạn sử dụng. Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm thông báo cho nhà trường bằng văn bản về bất kỳ thay đổi nào liên quan đến thuốc, và rằng tất cả các loại thuốc do nhân viên nhà trường thực hiện việc cho dùng phải được phụ huynh/người giám hộ mang đến và mang về từ trường học. Tất cả các loại thuốc chưa sử dụng hết phải được phụ huynh/người giám hộ đến nhận lại vào ngày học cuối cùng của năm học. Tôi hiểu rằng bất kỳ loại thuốc nào bị bỏ lại tại trường sẽ bị hủy bỏ. (OAR 581-021-0037)

Chữ ký của Phụ huynh/Người Giám hộ: _____ Ngày: _____

Số điện thoại của phụ huynh/người giám hộ: _____

CHỈ DẪN CỦA BÁC SĨ KÊ TOA THUỐC

Chữ ký của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe là điều bắt buộc **CHỈ** đối với các loại thuốc kê toa (**có thể dưới hình thức nhÃn dán toa thuốc hiện hành**).

____ Tôi đã kê toa loại thuốc nêu trên cho học sinh có tên hiển thị ở đầu biểu mẫu này.

____ Các hướng dẫn từ phụ huynh là chính xác.

____ Tôi xác nhận rằng loại thuốc này là cần thiết để học sinh có thể tiếp tục tham gia học tập tại trường.

Các hướng dẫn đặc biệt, bao gồm các phản ứng bất lợi có thể xảy ra và các biện pháp xử lý cần thiết:

Tên Bác sĩ kê Toa (vui lòng ghi chữ in/đóng dấu): _____

Chữ ký của Bác sĩ kê Toa: _____ Ngày: _____

Tên và Địa chỉ Phòng khám: _____ Số Điện thoại: _____