



РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ УПОЛНОМОЧЕННЫМ ШКОЛЬНЫМ ПЕРСОНАЛОМ

Имя учащегося: _____ Дата рождения: _____

Школа: _____ Класс: _____

Я даю мое разрешение сотрудникам школы регулировать применение моим ребенком указанного ниже лекарства в соответствии со следующими инструкциями

Медикамент: _____ Дата начала приема лекарства: _____ Дата окончания приема лекарства: _____

Дозировка (сила/количество): _____ Без рецепта _____ Рецепт врача _____

Частота (как часто): _____ Время приема лекарств в школе: _____

Название аптеки: _____

Прием лекарства (обведите нужное): Рот Ухо Глаз Нос Кожа Номер рецепта (если применимо): _____

Имя врача, выписавшего рецепт (если применимо): _____

Телефон врача, выписывающего рецепт (если применимо): _____

Причина назначения лекарства: _____

Особые указания:

ВСЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДОЛЖНЫ НАХОДИТЬСЯ В ОРИГИНАЛЬНОЙ И ПРАВИЛЬНО МАРКИРОВАННОЙ УПАКОВКЕ, ИМЕТЬ НЕИСТЕКШИЙ СРОК ГОДНОСТИ

Я понимаю, что несу ответственность за предоставление этих лекарств школе и поддержание их запаса в необходимом количестве. Все лекарства должны быть предоставлены из дома и находиться в оригинальной, маркированной упаковке и иметь не истекший срок годности. Я понимаю, что несу ответственность за письменное уведомление школы о любых изменениях в приеме лекарств моим ребенком, и что все лекарства, применяемые персоналом, должны приноситься в школу и забираться со школы родителем/опекуном учащегося. Все неиспользованные лекарства должны быть забраны со школы до последнего дня занятий учебного года. Я понимаю, что любые лекарства, оставленные в школе после этого дня, будут утилизированы. (OAR 581-021-0037)

Подпись родителя/опекуна: _____ Дата: _____

Телефон родителя/опекуна: _____

ВЫПИСКА ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА

Подпись медицинского работника требуется **ТОЛЬКО** в случае выписки рецептурного лекарства (**может быть заменено напечатанным назначением лекарства на этикетке препарата - RX label**).

____ Мною выписано вышеуказанное лекарство учащемуся, чье имя указано в верхней части формы.

____ Инструкции родителей правильны.

____ Я подтверждаю, что данное лекарство необходимо ребенку для продолжения обучения в школе.

Особые указания, включая информацию о побочных реакциях и необходимых действиях:

Имя врача, выписавшего рецепт (печатными буквами/с печатью): _____

Название и адрес клиники: _____ Дата: _____

Название и адрес клиники: _____ Телефон: _____