

Ім'я студента: _____ Дата народження: _____ Клас: _____ Навчальний рік: _____
 Школа: _____ Ім'я одного з батьків/опікуна: _____

Стосується: ☐ АТЛЕТИКА ☐ ТАБІР/ШКОЛА НА ПРИРОДІ ☐ ЕКСКУРСІЇ ☐ ШКОЛА ☐ ЗАХОДИ, ЩО СПОНСОРУЄ ШКОЛА

Ця форма має бути заповнена та підписана батьками/опікунами та ліцензованим лікарем, який має право виписувати рецепти. Ця форма стосується як рецептурних, так і безрецептурних ліків.

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	*Self Administer
						Y N	Y N
						Y N	Y N
						Y N	Y N
						Y N	Y N
						Y N	Y N
						Y N	Y N

***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: (____) _____

Цей розділ заповнюється батьками/опікунами

Ліки повинні бути надані мною в оригінальній упаковці, з аптечною етикеткою із зазначенням назви ліків, дози та часу прийому. На етикетці має бути ім'я ліцензованого лікаря. Якщо ліки залишаться після курсу лікування, я заберу їх зі школи або погоджусь з тим, що вони будуть знищені.

Виберіть, якщо стосується вас:

Давати заплановані ліки студенту в дні раннього закінчення школи. Час: _____ ☐ ТАК ☐ НІ

Давати заплановані ліки студенту у половинні дні. Час: _____ ☐ ТАК ☐ НІ

Чи є у вашого студента медичні потреби під час можливої поїздки з ночівлею? ☐ ТАК ☐ НІ

Якщо ТАК, вкажіть ліки, які ваш студент зазвичай приймає в позаурочний час, нижче.

(Наприклад: ібупрофен, ліки від СДУГ, мелатонін, вітаміни тощо.)

Підпис одного з батьків/опікуна: _____ Дата: _____

Підпис студента (самостійний): _____ Дата: _____

School Nurse Signature: _____ Printed Name: _____ Date: _____

ПЕРЕГОРНІТЬ, ЩОБ ЗАВЕРШИТИ ЗАПОВНЕННЯ ФОРМИ

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 лікарем (ЛНСП), який працює в межах своїх повноважень, а також підпис батьків/опікунів. Батьки/опікуни несуть відповідальність за забезпечення доступності ліків та лікувальних засобів для своїх дітей. Ліки повинні бути в оригінальній, належним чином промаркованій упаковці. Це стосується будь-яких ліків, включаючи ті, що відпускаються без рецепта. Батьки/опікуни, які бажають, щоб їхній учень міг самостійно мати при собі та приймати ліки, повинні надати підписані рецепти на ліки від свого лікаря загальної практики (ЛНСП), в яких чітко вказано цей план. Зверніть увагу, що учням не дозволяється мати при собі речовини, що регулюються. Учні до 6 класу не рекомендується мати при собі ліки. Самостійне носіння учнями ліків не звільняє батьків/опікунів від обов'язку щорічно проходити медичний огляд, отримувати дозвіл на прийом ліків та складати план медичного обслуговування кожного навчального року. За можливості, батькам/опікунам та лікареві (ЛНСП) 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 (ЛНСП). Шкільний округ Едмондс не ділиться приватною медичною інформацією зі сторонніми організаціями без чіткої 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 надниркових залоз обрати «дорослого, призначеного батьками», для забезпечення догляду під керівництвом батьків у школі.

Перед тим, як брати участь в екскурсіях, заняттях легкою атлетикою, гуртках тощо, батьки/опікуни учня з особливими потребами повинні проконсультуватися зі шкільною медсестрою, щоб розробити рекомендації щодо догляду за дитиною поза межами навчального закладу.

План медичного обслуговування не поширюється на позашкільні заходи, що фінансуються школою. Якщо дитина 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 ліках.

ЦІЙ РОЗДІЛ ЗАПОВНЮЄТЬСЯ БАТЬКАМИ/ОПІКУНАМИ

Я, батько/мати/опікун, розумію:

Коли шкільний персонал повідомляє, що термін придатності ліків закінчився, або вони більше не потрібні для проходження курсу лікування, або в кінці навчального року, я несу відповідальність за те, щоб забрати ліки зі школи, або усвідомлюю, що вони будуть знищені. Шкільний округ Едмондс не несе відповідальності за ліки, які учні приносять із собою та приймають самостійно. У разі виникнення проблеми з безпекою, шкільна медсестра має право повідомити батьків/опікунів/учнів і позбавити їх привілеї на самостійне приймання ліків. План медичного обслуговування учня буде щорічно коригуватися, щоб відображати поточні потреби у сфері охорони здоров'я. Я надаватиму інформацію про стан здоров'я, рецепти на ліки, ліки, термін придатності яких не закінчився, у належним чином промаркованому контейнері та лікувальні засоби.

Необов'язково: ☐ Відмічаючи це поле, я даю згоду на те, щоб ліки, які не регулюються, були повернуті додому разом з учнем.

Студент бере участь:

Атлетика

Музика

Групи продовженого дня

Інші заходи, що спонсоруються школою _____

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

Підпис одного з батьків/опікуна: _____ Дата: _____

Підпис студента (самостійно): _____ Дата: _____