学校工作人员给药授权

学生姓名：_____出生日期：_____年级：_____

学校名称：_____教师：_____

我允许学校工作人员给与本人子女以下药物（填写所有部分）：

药物名称： 剂量/用量（例如 5mg，**而不是** 1 粒） 给药方法**（请勾选一项）：** 经：☐ 口 ☐ 耳 ☐ 眼 ☐ 鼻 ☐ 皮肤 ☐ 吸入 ☐ 直肠 ☐ 鼻腔内（需要额外培训） 在校给药时间： 期限： 开始日期 结束日期 给药原因：	请勾选一项: ☐ 处方药 – 需要医嘱 （请参阅以下内容[1]） ☐ 非处方药 – 必须遵循药厂推荐的用药指南，否则需要处方 特别说明：

****

所有药品必须放在药房或药厂提供的带有准确标签的最新原装容器内，且不得过期。需要切分的药片必须由家长/监护人或者药剂师切分之后送至学校。液体药物需要一个量勺/量杯（药房提供）。必须进行粉碎的药品需要一个丸剂粉碎器（药房提供）以及混合粉末的物质（父母/监护人提供）。

处方药必须由 Oregon 州处方医师开具，且附带一份含有以下内容的药房标签[1]：

- 学生姓名
- 药物名称
- 剂量
- 给药时间/频率

_____ _____

Oregon 州持照[1]处方医师姓名 电话号码

****

下方签名确认本人责任：提供本药物并按需持续供应；书面通知学校任何药物或处方医师变更；在最后一天上学日取走所有未用完的药物（否则将被销毁）。本授权仅在本学年结束前有效，而且仅适用于上述药物。下方签名表示，本人**授权，必要情况下可以在学校护士、必要的学校工作人员及该学生的医疗保健人员之间进行信息交换**。

家长/监护人/学生签名：_____日期：_____

[1] **根据 OAR 581-021-0037，所有处方药必须书面提供相关信息，或者在药房标签上提供相关信息**