

Разрешение на применение лекарственных средств школьным персоналом

Имя учащегося: _____ Дата рождения: _____ Класс: _____

Название учебного заведения: _____ Учитель: _____

Я даю разрешение школьному персоналу давать следующие лекарственные средства моему ребенку (заполните все разделы):

<p><u>Название лекарственного средства:</u></p> <p><u>Доза/количество</u> (например, 5 мг, а не 1 таблетка)</p> <p><u>Способ применения (выберите один вариант):</u> Через: <input type="checkbox"/> Рот <input type="checkbox"/> Ухо <input type="checkbox"/> Глаз <input type="checkbox"/> Нос <input type="checkbox"/> Кожа <input type="checkbox"/> Попадание в дыхательные пути <input type="checkbox"/> Ректальный <input type="checkbox"/> Интраназальный (требуется дополнительная подготовка)</p> <p><u>Принимать в следующее время учебного дня:</u></p> <p><u>Продолжительность:</u> дата начала _____ дата окончания _____</p> <p><u>Причина приема лекарственного средства:</u></p>	<p><u>Выберите один вариант:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Рецепт: требуется направление врача (см. ниже 1)</p> <p><input type="checkbox"/> Без рецепта — необходимо следовать рекомендациям производителя относительно дозировки, либо рекомендациям лечащего врача</p> <p>Особые указания:</p>
--	--

ВСЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ДОЛЖНЫ БЫТЬ В АКТУАЛЬНОЙ ОРИГИНАЛЬНОЙ УПАКОВКЕ С ПРАВИЛЬНОЙ ЭТИКЕТКОЙ И ДЕЙСТВИТЕЛЬНЫМ СРОКОМ ГОДНОСТИ. ЕСЛИ ТРЕБУЕТСЯ ПРИЕМ ЧАСТИ ТАБЛЕТКИ, РОДИТЕЛЬ/ОПЕКУН ИЛИ ФАРМАЦЕВТ ЗАРАНЕЕ ПЕРЕД ШКОЛОЙ ДОЛЖЕН РАЗДЕЛИТЬ ЕЕ. ДЛЯ ПРИЕМА ЖИДКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ТРЕБУЕТСЯ СПЕЦИАЛЬНАЯ ДОЗИРОВОЧНАЯ ЛОЖКА/КОЛПАЧОК (СПРАШИВАЙТЕ В АПТЕКАХ). ЕСЛИ ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО ТРЕБУЕТ ИЗМЕЛЬЧЕНИЯ, ТО ТРЕБУЕТСЯ СПЕЦИАЛЬНЫЙ ПРИБОР-ИЗМЕЛЬЧИТЕЛЬ (УТОЧНЯЙТЕ В АПТЕКАХ) И ВЕЩЕСТВО, С КОТОРЫМ СМЕШИВАЕТСЯ ПОЛУЧЕННЫЙ ПОРОШОК (ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ РОДИТЕЛЯМИ/ОПЕКУНОМ).

РЕЦЕПТЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ВЫПИСАНЫ ВРАЧОМ ИЗ ШТАТА ОРЕГОН И СОДЕРЖАТЬ АПТЕЧНУЮ ЭТИКЕТКУ, КОТОРАЯ ВКЛЮЧАЕТ ¹:

- имя учащегося
- название лекарственного средства
- дозировку
- частоту приема/длительность курса

Лицензирование Орегоном¹ Ф.И.О. врача, выдающего назначение

Номер телефона

Моя подпись ниже подтверждает мою ответственность: предоставить это лекарственное средство и поддерживать его запас по мере необходимости; письменно уведомить школу о любых изменениях в лекарстве или в назначении врача; забрать все неиспользованные лекарственные средства к последнему дню занятий (иначе они будут уничтожены). Это разрешение действительно только до конца текущего учебного года и распространяется только на вышеуказанные лекарственные средства. Моя подпись ниже **по мере необходимости** дает **разрешение на обмен информацией** между школьной медсестрой, соответствующим школьным персоналом и медицинским специалистом учащегося.

Подпись родителя/опекуна/учащегося: _____ Дата: _____

¹ Требуется письменное разрешение либо указание на лекарственной этикетке для всех рецептурных препаратов в соответствии с OAR 581-021-0037