

Giấy Ủy Quyền cho Việc Cho Sử Dụng Thuốc bởi Nhân Viên của Trường

Tên Học Sinh: _____ NGÀY SINH: _____ Lớp: _____

Tên Trường: _____ Giáo Viên: _____

Tôi cho phép nhân viên nhà trường cho con tôi sử dụng thuốc sau đây (hoàn thành tất cả các đoạn):

<p><u>Tên Thuốc:</u></p> <p><u>Liều lượng/số lượng</u> (ví dụ, 5 mg, không phải 1 viên)</p> <p><u>Phương pháp sử dụng thuốc (đánh dấu một mục):</u> Bằng: <input type="checkbox"/> Miệng <input type="checkbox"/> Tai <input type="checkbox"/> Mắt <input type="checkbox"/> Mũi <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Hít <input type="checkbox"/> Hậu môn <input type="checkbox"/> Đưa vào trong mũi (Cần huấn luyện thêm)</p> <p><u>Thời gian trong ngày mà thuốc được sử dụng tại trường:</u></p> <p><u>Thời gian:</u> ngày bắt đầu _____ ngày kết thúc _____</p> <p><u>Lý Do Dừng Thuốc:</u></p>	<p><u>Chọn Một Mục:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Đơn thuốc - Cần chỉ dẫn của bác sĩ (Xem bên dưới 1)</p> <p><input type="checkbox"/> Thuốc không cần đơn - phải tuân theo các hướng dẫn dùng thuốc theo khuyến cáo về liều lượng của nhà sản xuất, nếu không cần phải kê đơn</p> <p>Hướng Dẫn Đặc Biệt:</p>
--	--

TẤT CẢ THUỐC PHẢI ĐƯỢC CHỨA TRONG HỘP CHỨA NGUYÊN GỐC MỚI NHẤT CỦA DƯỢC PHÒNG HOẶC NHÀ SẢN XUẤT VỚI NHÃN CHÍNH XÁC, VÀ KHÔNG ĐƯỢC HẾT HẠN. THUỐC VIÊN CẦN CẮT PHẢI ĐƯỢC CẮT BỞI PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ HOẶC DƯỢC SĨ TRƯỚC KHI ĐƯỢC MANG ĐẾN TRƯỜNG. THUỐC NƯỚC CẦN MỘT THIA/TÁCH ĐO LIỀU LƯỢNG (CÓ SẴN TẠI DƯỢC PHÒNG CỦA QUÍ VỊ). THUỐC PHẢI ĐƯỢC NGHIỀN NÁT CẦN MỘT MÁY NGHIỀN THUỐC (CÓ SẴN TẠI DƯỢC PHÒNG CỦA QUÍ VỊ) VÀ CHẤT ĐỂ TRỘN BỘT (ĐƯỢC CUNG CẤP BỞI PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ).

ĐƠN THUỐC PHẢI ĐƯỢC KÊ BỞI MỘT NGƯỜI KÊ ĐƠN ĐƯỢC PHÊ CHUẨN BỞI OREGON, VÀ CÓ NHÃN THUỐC BAO GỒM¹:

- Tên học sinh
- Tên thuốc
- Liều lượng
- Thời gian/tần suất sử dụng

Tên người kê đơn được cấp phép của Oregon¹ Số điện thoại

Chữ ký của tôi bên dưới xác nhận trách nhiệm của tôi: cung cấp thuốc này và duy trì nguồn cung cấp khi cần thiết; thông báo cho nhà trường bằng văn bản về bất kỳ thay đổi nào về thuốc hoặc người kê đơn; nhận lại tất cả các loại thuốc chưa được sử dụng vào ngày cuối cùng của năm học (hoặc nó sẽ bị phá hủy). Giấy ủy quyền này chỉ có hiệu lực cho đến cuối năm học hiện nay và chỉ áp dụng cho thuốc ở trên. Chữ ký của tôi dưới đây **cho phép trao đổi thông tin**, khi cần thiết, giữa y tá của trường, nhân viên nhà trường cần thiết, và nhân viên chăm sóc sức khỏe của học sinh.

Chữ Ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ/Học Sinh: _____ Ngày: _____

¹ **Bắt buộc bằng văn bản hoặc trên nhãn thuốc đối với tất cả các loại thuốc được kê toa dựa theo OAR 581-021-0037**