

Разрешение на выдачу учащемуся лекарственных средств работниками школы

Заполните и верните в школу

Директору _____

Название школы _____

Фамилия, имя учащегося: _____ Дата рождения: _____ Класс: _____ Учитель: _____

Я даю работникам школы **разрешение** на выдачу моему ребенку лекарственных средств в соответствии со следующими указаниями (**заполните все подчеркнутые разделы**):

<p><u>Название препарата:</u></p> <p><u>Дозировка</u> (укажите прописанное количество, например 5 мг, а не 1 таблетка)</p> <p><i>Если таблетки необходимо делить на части, родители обязаны принести их в школу уже разделенными. Для выдачи жидкого лекарства родители обязаны предоставить мерные ложечки (их можно приобрести в аптеке).</i></p> <p><u>Способ применения (обведите кружочком один способ)</u> Через: рот уши глаза нос кожу путем вдыхания</p> <p><u>Время приема лекарства в школе</u> (например, в 11 часов утра, а не днем)</p> <p><u>Продолжительность приема:</u> дата начала _____ дата окончания _____</p> <p><u>Причина приема лекарственного средства:</u></p> <p>Особые указания:</p> <p><input type="checkbox"/> Прошу разрешить моему ребенку принимать (вводить) данное лекарственное средство самостоятельно. (См. правила школьного округа в отношении самостоятельного приема лекарственных средств). Для этого требуется подписанная родителем и представителем администрации школы форма соглашения о самостоятельном приеме ребенком лекарственных средств, а также (если лекарство отпускается по рецепту) согласие врача¹. (См. ниже)</p>	<p><u>Отметьте один вариант.</u></p> <p><input type="checkbox"/> Лекарство отпускается по рецепту – требуется указание врача (см. ниже¹)</p> <p><input type="checkbox"/> Лекарство отпускается без рецепта</p> <p>ВСЕ ЛЕКАРСТВА ДОЛЖНЫ БЫТЬ В НОВОЙ ОРИГИНАЛЬНОЙ УПАКОВКЕ С ТОЧНОЙ ЭТИКЕТКОЙ.</p> <p>ЛЕКАРСТВА ДОЛЖНЫ БЫТЬ ВЫПИСАНЫ ТОЛЬКО ВРАЧАМИ, ИМЕЮЩИМИ РАЗРЕШЕНИЕ ПРАКТИКОВАТЬ В ШТАТЕ ОРЕГОН.¹</p> <p><input type="checkbox"/> Другое (укажите)</p>
--	--

Я понимаю, что: я обязан (а) **предоставить данное лекарственное средство** и поддерживать необходимый его запас; **уведомить школу** в письменной форме о любых изменениях, касающихся лекарственного средства или выписавшего его врача; **забрать** все неиспользованное лекарственное средство в последний учебный день (в противном случае лекарство выбросят); данное разрешение **действительно в течение не более одного года** со дня его подписания и распространяется только на указанное выше лекарственное средство; настоящим я **даю свое разрешение на обмен информацией** (в случае необходимости) между школьной медсестрой, соответствующими работниками школы и/или поставщиком медицинских услуг моего ребенка.

Подпись родителя/опекуна: _____ **Дата:** _____

УКАЗАНИЯ ВРАЧА, ИМЕЮЩЕГО РАЗРЕШЕНИЕ ПРАКТИКОВАТЬ В ШТАТЕ ОРЕГОН¹

- Я выписал (а) данное лекарственное средство для учащегося, фамилия которого указана в верхней части данной формы. Указания в соответствующей ячейке являются верными.
- Прошу разрешить данному учащемуся носить и принимать указанное лекарственное средство. (Прием указанных лекарственных средств должен быть разрешен правилами школьного округа. Учащийся должен быть способен [физически и умственно] самостоятельно принимать лекарственное средство).
- Особые указания, включая побочные реакции и необходимые действия: _____

Имя и фамилия врача, имеющего разрешение практиковать в штате Орегон¹
(напишите печатными буквами/поставьте печать)

Адрес _____

Подпись врача, имеющего разрешение практиковать в штате Орегон¹

Телефон _____

Дата вступления в силу _____

¹ Для всех отпускаемых по рецепту лекарств в соответствии с OAR 581-021-0037 согласие врача предоставляется в письменной форме или на аптечном бланке