

Auburn School District
Здравоохранение в образовательных учреждениях

Russian
Permission for Medication Administration at School

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРИМЕНЕНИЕ МЕДИКАМЕНТА В ШКОЛЕ

Имя учащегося: _____ Дата рождения: _____
Школа: _____

Для применения медикамента во время школьных занятий необходимо получить специальные предписания от врача ребенка и письменное разрешение родителя/опекуна. Попросите Вашего врача составить график приема медикамента таким образом, чтобы время приема по возможности не совпадало со временем пребывания ребенка в школе, поскольку имеющиеся у него медицинские препараты могут представлять потенциальную опасность для других учащихся. Верните подписанную Вами и Вашим врачом страницу 1 и **оставьте у себя страницу 2, описывающую что делать**, если Ваш ребенок должен принимать медикамент во время посещения школы. Спасибо.

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN)

MEDICATIONS TO BE ADMINISTERED AT SCHOOL DURING SCHOOL HOURS

Medication: _____ Dose: _____ Time: _____

Mode/Route: _____

Adverse side effects that might be seen at school: _____

Administer without subsequent order until: _____

Other directions/precautions: _____

Medication: _____ Dose: _____ Time: _____

Mode/Route: _____

Adverse side effects that might be seen at school: _____

Administer without subsequent order until: _____

Other directions/precautions: _____

УТВЕРЖДАЮЩИЕ ПОДПИСИ

Разрешение выдано персоналу школьного округа для применения вышеуказанных медикаментов, предоставленных школе родителем/опекуном в оригинальной упаковке для следующего учащегося: _____.

Я признаю, что школьный персонал сохраняет за собой право обратиться к врачу в том случае, если не удастся связаться с родителями/опекуном, для получения разъяснений относительно приема указанного медикамента в школе.

Имя врача: _____ Номер телефона: _____

Подпись: _____ Дата: _____

Имя родителя/опекуна: _____ Номер телефона: _____

Подпись: _____ Дата: _____

Auburn School District**Здравоохранение в образовательных учреждениях****ПРИМЕНЕНИЕ МЕДИКАМЕНТОВ В ШКОЛЕ****ПРОЦЕДУРА, КОТОРУЮ ДОЛЖНЫ ВЫПОЛНЯТЬ РОДИТЕЛИ, ЕСЛИ УЧАЩИЙСЯ ВЫНУЖДЕН ПРИНИМАТЬ МЕДИКАМЕНТЫ ВО ВРЕМЯ ПРЕБЫВАНИЯ В ШКОЛЕ:**

1. Ваш врач должен заполнить и подписать страницу 1 с формой «Разрешение на применение медикамента в школе». Инструкции должны быть точными и не требовать интерпретации школьного персонала.
2. Вы должны подписать страницу 1 с формой «Разрешение на применение медикамента в школе» и вернуть ее в школу, где учится Ваш ребенок.
3. Предоставляемый в школу медикамент должен находиться в упаковке с оригинальным ярлыком врача или фармацевта. На ярлыке должны быть указаны имя ребенка, название медикамента, дозировка и время приема.
4. Вы лично должны доставить медикамент в школу, чтобы предотвратить бесконтрольный доступ к нему Вашего ребенка или других учащихся. Допустимое для хранения в школе количество медикамента может быть ограничено.
5. Ведите учет дат и количества предоставленного в школу медикамента для своевременного пополнения имеющегося в школе запаса.
6. В случае замены медикамента или смены учреждения, обеспечивающего медицинское обслуживание, предоставьте в школу новое разрешение. На каждый учебный год должно предоставляться новое разрешение.