



Монгол

ЭМИЙГ ХЭРЭГЛЭХ ЗӨВШӨӨРӨЛ

Эцэг эх эсвэл асран хамгаалагч:

Энэ маягтын хоёр хуудсыг дүүргийн бодлого болон Иллинойс мужийн Боловсролын зөвлөлийн удирдамжийн дагуу аливаа эмийг хэрэглэхээс өмнө бөглөсөн байх ёстой.

Сургуульд өгөх бүх эм нь дараахь зүйлийг агуулсан байх ёстой.

- Жороор бичсэн анхны савлагаандаа, оюутны нэр, жор бичиж өгсөн эмч, эмийн нэр, тун, хэрэглэх арга, хугацаа, эмийн сангийн нэрийг бичсэн байх ЭСВЭЛ
- Хэрэв жоргүй олгодог эм бол үйлдвэрлэгчийн анхны савлагаанд.
- Эцэг эх/асран хамгаалагч эсвэл хариуцлагатай насанд хүрсэн хүн аливаа эмийг сургуулийн эрүүл мэндийн албанд авчрах ёстой.
- Эмийн хугацаа дуусах боломжгүй.

Сурагчийн нэр: _____ Төрсөн он сар өдөр: _____

Эмч бөглөх ёстой:

Зөвхөн эмчийн бичсэн, сурагчийн эрүүл мэнд, сайн сайхан байдалд зайлшгүй шаардлагатай эмийг өгнө.

Энэ эмийг хичээлийн үеэр уух ёстой эсэхийг заана уу. Тийм Үгүй

Эм: _____ Тун: _____

Хэрэглэх арга: _____ Давтамж: _____ Хуваарь PRN

Нэмэлт тодорхой зааварчилгаа: _____

Оношлогоо/Заалт/Хүссэн үр нөлөө: _____

Болзошгүй гаж нөлөө:

Бусад эм(үүд) Оюутан дараахыг хэрэглэж байна: _____

Захиалгын хугацаа: Одоогийн хичээлийн жил эсвэл бусад: (үргэлжлэх хугацааг заана уу) _____

Яаралтай тусламжийн эм: Эпинефрин эсвэл амьсгалын аппарат: (MD/PA/NP доор эхний үсгийг бичнэ үү):

_____ Суралцагч яаралтай тусламжийн эмийг өөрөө авч явах/өөрөө өгөх боломжтой.

Би энэ эмийг сурагчдад өгөх зааварчилгаа өгсөн бөгөөд тэд үүнийг бие даан өгч болно гэж үзсэн. ("Нөөц" эмийг сургуулийн эрүүл мэндийн газарт хадгалахыг зөвлөж байна.)

Зөвшөөрөлтэй жор бичигч:

Эмчийн нэр: _____ Утасны дугаар: _____
(хэвлэсэн)

Гарын үсэг: _____ Захиалгын огноо: _____



Сургуулийн эмийн талаарх эцэг эх/асран хамгаалагчийн зөвшөөрөл

Сурагчийн нэр: _____ Анги: _____ Сургуулийн жил: _____

Доор гарын үсэг зурснаар би хүүхдэдээ эм өгөх гол үүрэг хариуцлагаа хүлээн зөвшөөрч байна. Гэсэн хэдий ч, хэрэв би үүнийг хийж чадахгүй эсвэл яаралтай эмнэлгийн тусламж шаардлагатай тохиолдолд Гленвью сургуулийн дүүрэг 34 болон түүний ажилчид болон төлөөлөгчдөд миний өмнөөс дээр дурдсан аргаар хууль ёсны дагуу жороор олгосон эмийг өгөх эсвэл өгөхийг оролдох (эсвэл Сургуулийн дүүргийн ажилчид болон төлөөлөгчдийн хяналтан дор муж улсын хуулийн дагуу хүүхдэдээ өөрөө өгөхийг зөвшөөрөх) эрх олгож байна. Үүнд миний хүүхдэд анафилаксийн урвал, астма дайралт эсвэл опиоидын хэтрүүлэн хэрэглэсэн гэсэн сайн санааны итгэл үнэмшил байгаа тохиолдолд хүүхдэд маань томилогдоогүй эпинефриний тарилга, альбутерол эсвэл опиоидын антагонистыг өгөх зэрэг орно, эдгээр урвал надад мэдэгдэж байгаа эсэхээс үл хамааран. 105 ILCS 5/22-30, P.A.s 99-480 болон 100-726 болон 100-799-өөр нэмэлт өөрчлөлт оруулсан, 1-1-19-р хүчин төгөлдөр. Хүүхдэдээ эм өгөх ажлыг сургуулийн мэргэшсэн, бүртгэлтэй сувилагчаас өөр хүн хийх шаардлагатай байж болохыг би хүлээн зөвшөөрч байгаа бөгөөд ийм үйлдлийг тусгайлан зөвшөөрч байна.

Би 34-р дүүрэг, түүний гишүүд, түүний ажилчид болон төлөөлөгчдийг ямар ч нэхэмжлэлийн эсрэг нөхөн төлбөр авах, гэм хоргүй болгохыг зөвшөөрч байна. Хүүхэд маань эмийг өөрөө хэрэглэснээс эсвэл санаатайгаар болон санамсаргүй байдлаар хэрэглэснээс үүдэлтэй нэхэмжлэлээс бусад тохиолдолд. Хэрэв миний хүүхдэд эпинефрин автомат тарилга хийсэн тохиолдолд сургуулийн дүүргийн ажилтнууд яаралтай тусламжийн албанд мэдэгдэхийн тулд 9-1-1 руу залгана гэдгийг би хүлээн зөвшөөрч, ойлгож байна.

- Хүүхдийнхээ биеийн байдалтай холбоотой эмийн өөрчлөлтийн талаар сургуульд мэдэгдэхийг би зөвшөөрч байна.
- Хичээлийн жилийн төгсгөлд эмийн хэрэглээгүй тунг авах шаардлагатай гэдгийг би ойлгож байна. Хэрэглээгүй эмийг хүүхэдтэй хамт гэрт нь хүргэхгүй бөгөөд хичээлийн сүүлийн өдөр авахгүй бол устгана.

Эцэг эх/Асран хамгаалагчийн гарын үсэг: _____ Огноо: _____

Асран хамгаалагчийн утасны дугаар(ууд): _____

Өөрөө авч явах/өөрийгөө удирдахыг зөвшөөрсөн эцэг эх/асран хамгаалагчийн гэрээ

Астма эм эсвэл эпинефрин автомат тарилга

Хүүхэд тань өөрөө эм авч явах/өөрөө эм уухыг зөвшөөрөхөөс өмнө бид танаас доор гарын үсэг зурахыг хүсэх ёстой:

Дээрх үйлчилгээ үзүүлэгчийн мэдэгдэлтэй санал нэг байгаа тул Гленвью дүүрэг 34 болон түүний ажилчид болон төлөөлөгчдөд миний хүүхдэд дээр дурдсан эмийг (1) сургууль дээр, (2) сургуулийн ивээн тэтгэсэн үйл ажиллагаанд оролцох үед, (3) сургуулийн ажилтнуудын хяналтан дор байх үед, эсвэл (4) сургуулийн өмнөх болон дараах хэвийн үйл ажиллагааны үеэр, тухайлбал сургуулийн эзэмшлийн талбайд сургуулийн өмнөх болон дараах асрамжийн газарт байх үед өөрөө авч явах болон/эсвэл өөрөө хэрэглэхийг зөвшөөрөхийг зөвшөөрч байна. Иллинойс мужийн хуулийн дагуу сургуулийн дүүрэг нь сурагч астма эм эсвэл эпинефриний авто-тариурыг өөрөө авч явах болон өөрөө хэрэглэхээс үүдэлтэй аливаа гэмтлийн үр дүнд санаатай болон санамсаргүй үйлдэл хийхээс бусад тохиолдолд эцэг эх/асран хамгаалагч/асран хамгаалагчдад болон түүний ажилчид болон төлөөлөгчдөд ямар ч хариуцлага хүлээхгүй гэдгийг мэдэгдэх ёстой (105 ILCS 5/22-30, P.A.s 99-480 болон 100-726 болон 100-799 хоёулаа 1-1-19-р хүчин төгөлдөр болсон).

Эмийг өөрөө хэрэглэх зөвшөөрөл нь олгосон хичээлийн жилд хүчинтэй бөгөөд дээр дурдсан шаардлагыг хангасны дараа дараагийн хичээлийн жил бүр сунгагдана. Хэрэв таны хүүхэд эмээ мартсан эсвэл алдсан тохиолдолд сургууль дээрээ хадгалах эмийн нэмэлт тунг өгөхийг бид зөвлөж байна.

Доорх таны гарын үсэг нь дээрх мэдээллийг хүлээн авсан, мөн хүүхдэдээ астма эм эсвэл эпинефрин автомат тарилга авч явах, хэрэглэхийг зөвшөөрсөн болохыг харуулж байна.

Эцэг эх/Асран хамгаалагчийн гарын үсэг: _____ Огноо _____

Гэрч: _____ Огноо _____

Оюутан дараах хэсгийг бөглөх ёстой (өөрөө авч явахад). Би дараахтай санал нэг байна:

1. Сургуулийн эрүүл мэндийн албаны ажилтнуудад сургагч багш ашиглан ингальтор эсвэл эпинефрин автомат тарилгыг зөв хэрэглэхийг харуулна.
2. Эмээ өөр хүнтэй хэзээ ч хуваалцаж болохгүй
3. Хэрэв ингальтор хэрэглэсний дараа амьсгал маань сайжрахгүй бол хариуцлагатай насанд хүрсэн хүнд мэдэгдээрэй ЭСВЭЛ
4. Хэрэв би эпинефрин авто-таригчаа хэрэглэвэл хариуцлагатай насанд хүрсэн хүнд нэн даруй мэдэгдээрэй.

Оюутны гарын үсэг _____ Огноо _____