



Rodzic lub opiekun:

Obie strony tego formularza muszą zostać wypełnione przed podaniem jakichkolwiek leków, zgodnie z polityką okręgu i wytycznymi Illinois State Board of Education.

Wszystkie leki dostarczane do szkoły muszą spełniać następujące warunki:

- W oryginalnym opakowaniu recepty, z etykietą zawierającą imię i nazwisko studenta, lekarza przepisującego lek, nazwę leku, dawkę, drogę podania, czas podania i nazwę apteki LUB
- W oryginalnym opakowaniu producenta, jeśli jest to lek dostępny bez recepty.
- Rodzic/opiekun prawny lub inna odpowiedzialna osoba dorosła powinna przynieść wszelkie leki do szkolnego gabinetu lekarskiego.
- Lekarstwa nie mogą być przeterminowane.

Imię i nazwisko ucznia: _____ Data urodzenia: _____

Do wypełnienia przez lekarza:

Należy podawać wyłącznie leki przepisane przez lekarza, niezbędne dla zachowania krytycznego stanu zdrowia i dobrego samopoczucia ucznia. Proszę zaznaczyć, czy lek ten należy przyjmować w trakcie zajęć szkolnych. Tak Nie

Lek: _____ Dawkowanie: _____

Droga podania: _____ Częstotliwość: _____ Planowo PRN

Dodatkowe szczegółowe instrukcje: _____

Diagnoza/ Wskazanie/ Przewidywany skutek: _____

Możliwe skutki uboczne:

Inne leki przyjmowane przez ucznia: _____

Czas trwania zamówienia: Bieżący rok szkolny lub inny: (podaj czas trwania) _____

Leki doraźne: Epinefryna lub inhalator: (lekarz medycyny/asystent lekarza/pielęgniarka pielęgniarska muszą podpisać się poniżej):

_____ Uczeń może samodzielnie nosić/samodzielnie podawać sobie leki ratunkowe.

Poinstruowałem ucznia, jak podawać ten lek i stwierdziłem, że potrafi on go podać samodzielnie. (Zaleca się przechowywanie „zapasowego” leku w szkolnym gabinecie lekarskim).

Licencjonowany Lekarz:Imię i nazwisko lekarza
wystawiającego receptę: _____ Numer telefonu: _____

(wydrukowane)

Podpis: _____ Data zamówienia:

**Autoryzacja rodzica/opiekuna na leki szkolne**

Imię i nazwisko ucznia: _____ Klasa: _____ Rok szkolny: _____

Podpisując się poniżej, zgadzam się, że ponoszę główną odpowiedzialność za podanie leków mojemu dziecku. Jednakże, w przypadku braku możliwości wykonania tego zadania lub w nagłym wypadku medycznym, niniejszym upoważniam Okręg Szkolny Glenview 34 oraz jego pracowników i agentów do podania lub próby podania mojemu dziecku (lub umożliwienia mojemu dziecku samodzielnego podania leków zgodnie z prawem stanowym, pod nadzorem pracowników i agentów Okręgu Szkolnego) leków przepisanych zgodnie z prawem w sposób opisany powyżej. Dotyczy to podawania mojemu dziecku nieoznaczonych wstrzykiwaczy z epinefryną, albuterolu lub antagonistów opioidów w przypadku uzasadnionego podejrzenia, że moje dziecko ma reakcję anafilaktyczną, atak astmy lub przedawkowanie opioidów, niezależnie od tego, czy takie reakcje są mi znane, czy nie. 105 ILCS 5/22-30, zmienione przez P.A.s 99-480 oraz 100-726 i 100-799, obowiązujące od 1 stycznia 2019 r. Przyjmuję do wiadomości, że może zaistnieć konieczność podania leków mojemu dziecku przez osobę inną niż certyfikowana i zarejestrowana pielęgniarka szkolna i wyrażam zgodę na takie praktyki.

Zgadzam się zabezpieczyć i uchronić Okręg 34, jego członków, pracowników i agentów przed wszelkimi roszczeniami, z wyjątkiem roszczeń opartych na umyślnym i lekkomyślnym zachowaniu, wynikającymi z podawania lub samodzielnego podawania leków przez dziecko. W przypadku podania mojemu dziecku autostrzykawkę z epinefryną, przyjmuję do wiadomości i rozumiem, że personel okręgu szkolnego zadzwoni pod numer 911 w celu powiadomienia służb ratunkowych.

- Zgadzam się powiadomić szkołę o wszelkich zmianach w lekach stosowanych w związku ze schorzeniem mojego dziecka.
- Rozumiem, że będę musiał/a odebrać niewykorzystane dawki leków pod koniec roku szkolnego. Niewykorzystane leki nie zostaną wysłane do domu z moim dzieckiem i zostaną zniszczone, jeśli nie zostaną odebrane do ostatniego dnia zajęć.

Podpis rodzica/opiekuna: _____ Data: _____

Numer(y) telefonu opiekuna: _____

**Umowa rodzica/opiekuna zezwalająca na samodzielne noszenie/samodzielne administrowanie
Automatyczny wstrzykiwacz leku na astmę lub epinefryny**

Zanim Twoje dziecko będzie mogło samodzielnie nosić/podawać leki, musimy poprosić Cię o podpis poniżej:

Zgadzam się z powyższym oświadczeniem dostawcy i w związku z tym upoważniam Okręg Glenview 34 oraz jego pracowników i agentów do umożliwienia mojemu dziecku samodzielnego noszenia i/lub samodzielnego podawania wyżej wymienionych leków (1) w szkole, (2) podczas zajęć sponsorowanych przez szkołę, (3) pod nadzorem personelu szkolnego lub (4) przed lub po normalnych zajęciach szkolnych, takich jak opieka przed lub po szkole na terenie szkoły. Prawo stanu Illinois wymaga, aby okrug szkolny poinformował rodziców/opiekunów, że on/ona, jego pracownicy i agenci nie ponoszą odpowiedzialności, z wyjątkiem umyślnego i bezmyślnego zachowania, w wyniku jakiegokolwiek urazu powstałego w wyniku samodzielnego noszenia i samodzielnego podawania przez ucznia leków na astmę lub autostrzykiwaczy z epinefryną (105 ILCS 5/22-30, zmienione przez P.A.s 99-480 oraz 100-726 i 100-799 z mocą od 1 stycznia 2019 r.)

Zgoda na samodzielne podawanie leków obowiązuje w roku szkolnym, w którym została udzielona i będzie odnawiana w każdym kolejnym roku szkolnym po spełnieniu powyższych wymagań. Zalecamy, aby zapewnić dziecku dodatkową dawkę leku, którą należy przechowywać w szkole, na wypadek gdyby dziecko zapomniało o lekach lub je zgubiło.

Poniższy podpis oznacza, że otrzymałeś(-aś) powyższe informacje, a także upoważniasz swoje dziecko do noszenia przy sobie i używania leku na astmę lub automatycznego wstrzykiwacza z epinefryną.

Podpis rodzica/opiekuna: _____ Data _____

Świadek: _____ Data _____

Uczeń musi wypełnić poniższą sekcję (dotyczy samodzielnego noszenia):

Zgadzam się na:

1. Zaprezentuj personelowi szkolnego biura zdrowia prawidłowe użycie inhalatora lub automatycznego wstrzykiwacza z epinefryną za pomocą trenera.
2. Nigdy nie dzielę się swoimi lekami z inną osobą
3. Powiadom odpowiedzialną osobę dorosłą, jeśli po użyciu inhalatora nie nastąpi poprawa mojego oddychania LUB
4. Jeśli użyję automatycznego wstrzykiwacza z epinefryną, natychmiast powiadom o tym odpowiedzialną osobę dorosłą.

Podpis ucznia _____ Data _____