



Русский

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА

Родитель или опекун:

Обе страницы этой формы должны быть заполнены до введения любого лекарственного препарата в соответствии с политикой округа и рекомендациями Государственного совета по образованию штата Иллинойс.

Все лекарственные препараты, предоставляемые школе, должны соответствовать следующим требованиям:

- В оригинальной упаковке, указанной в рецепте, с этикеткой, содержащей имя студента, имя лечащего врача, название лекарственного препарата, дозировку, способ применения, время приема и название аптеки ИЛИ
- Если это безрецептурный препарат, то в оригинальной упаковке производителя.
- Родитель/опекун или другой ответственный взрослый должен принести все необходимые лекарства в школьный медицинский кабинет.
- Срок годности лекарств не может быть истекшим.

Имя студента: _____ Дата рождения: _____

Заполняется врачом:

Выдаваться должны только лекарства, назначенные врачом и необходимые для поддержания здоровья и благополучия учащегося. Пожалуйста, укажите, необходимо ли принимать эти лекарства в течение учебного дня. Да Нет

Лекарственное средство: _____ Дозировка: _____

Способ применения: _____ Частота: _____

Плановое применение По мере необходимости

Дополнительные подробные инструкции: _____

Диагноз/Показание/Предполагаемый эффект: _____

Возможные побочные эффекты: _____

Другие лекарства, которые принимает студент: _____

Срок действия заказа: текущий учебный год или другой: (укажите срок) _____

Препараты для оказания неотложной помощи: адреналин или ингалятор:

_____ **(Врач/фельдшер/медицинская сестра должны поставить свою подпись ниже):**

Студент может самостоятельно носить с собой/принимать лекарства в экстренных случаях.

Я проинструктировал ученика по применению этого лекарства и обнаружил, что он может делать это самостоятельно. (Рекомендуется хранить «запасные» лекарства в школьном медицинском кабинете.)

Лицензированный врач, имеющий право выписывать рецепты:

Имя врача, выписавшего рецепт: _____ Номер телефона: _____

(печатным)



Подпись: _____ Дата заказа: _____

Разрешение родителей/опекунов на прием лекарств в школу

Имя ученика: _____ Класс: _____ Учебный год: _____

Подписывая ниже, я подтверждаю, что несу основную ответственность за введение лекарств моему ребенку. Однако, в случае, если я не смогу это сделать или в случае неотложной медицинской помощи, я настоящим уполномочиваю школьный округ Гленвью № 34, его сотрудников и агентов от моего имени вводить или пытаться вводить моему ребенку (или разрешать моему ребенку самостоятельно вводить лекарства в соответствии с законодательством штата под наблюдением сотрудников и агентов школьного округа) законно назначенные лекарства способом, описанным выше. Это включает введение моему ребенку неуказанных инъекторов с адреналином, альбутерола или антагонистов опиоидов, если есть обоснованное предположение, что у моего ребенка анафилактическая реакция, приступ астмы или передозировка опиоидами, независимо от того, известно мне о таких реакциях или нет. 105 ILCS 5/22-30, с поправками, внесенными законами 99-480 и 100-726 и 100-799, вступившими в силу 1 января 2019 г. Я признаю, что может возникнуть необходимость в том, чтобы введение лекарственных препаратов моему ребенку осуществлялось лицом, не являющимся сертифицированной и зарегистрированной школьной медсестрой, и я даю свое согласие на такую практику.

Я соглашаюсь освободить от ответственности и оградить от любых претензий округ 34, его членов, сотрудников и агентов, за исключением претензий, основанных на умышленном и злонамеренном поведении, возникших в результате введения или самостоятельного приема ребенком лекарственного препарата. В случае введения моему ребенку автоинъектора с адреналином, я подтверждаю и понимаю, что сотрудники школьного округа позвонят по номеру 9-1-1, чтобы оповестить экстренные службы.

- Я обязуюсь уведомлять школу о любых изменениях в медикаментозном лечении моего ребенка.
- Я понимаю, что мне нужно будет забрать все неиспользованные дозы лекарства в конце учебного года. Неиспользованные лекарства не будут отправлены домой с моим ребенком и будут уничтожены, если их не заберут до последнего дня занятий.

Подпись родителя/опекуна: _____ Дата: _____

Номер(а) телефона опекуна: _____

Соглашение между родителем/опекуном, разрешающее самостоятельное ношение/самостоятельное применение. Лекарство от астмы или автоинъектор с адреналином

Прежде чем вашему ребенку будет разрешено самостоятельно носить с собой/принимать лекарства, мы должны попросить вас подписать документ ниже:

Я согласен с вышеизложенным заявлением поставщика услуг и, следовательно, уполномочиваю школьный округ Гленвью № 34, а также его сотрудников и агентов, разрешать моему ребенку самостоятельно носить и/или самостоятельно применять вышеуказанное лекарство (1) в школе, (2) во время школьных мероприятий, (3) под наблюдением школьного персонала или (4) до или после обычных школьных мероприятий, например, во время пребывания в группах продленного дня на территории, находящейся в ведении школы. Закон штата Иллинойс требует, чтобы школьный округ информировал родителей/опекунов о том, что он, а также его сотрудники и агенты не несут никакой ответственности, за исключением умышленных и злонамеренных действий, в результате любой травмы, возникшей в результате самостоятельного ношения и самостоятельного применения учащимся лекарства от астмы или автоинъектора с адреналином (105 ILCS 5/22-30, с поправками, внесенными законами 99-480 и 100-726 и 100-799, вступившими в силу 1-1-19).

Разрешение на самостоятельный прием лекарств действует в течение учебного года, в котором оно выдано, и подлежит продлению в каждом последующем учебном году при выполнении требований, изложенных выше. Мы рекомендуем вам предоставить дополнительную дозу лекарства для хранения в школе на случай, если ваш ребенок забудет или потеряет свои лекарства.

Ваша подпись ниже подтверждает получение вышеуказанной информации, а также разрешение вашему ребенку носить и использовать лекарства от астмы или автоинъектор с адреналином.

Подпись родителя/опекуна: _____ Дата _____

Свидетель: _____ Дата _____

Студент должен заполнить следующий раздел (для самостоятельного выполнения):

Я согласен со следующим:

1. Продемонстрировать сотрудникам школьного медицинского кабинета правильное использование ингалятора или автоинъектора с адреналином с помощью инструктора.
2. Никогда не делитесь моими лекарствами с другими людьми.
3. Сообщите ответственному взрослому, если после использования ингалятора мое дыхание не улучшается ИЛИ
4. Немедленно сообщите ответственному взрослому, если я использую автоинъектор с адреналином.

Подпись студента _____ Дата _____