

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРИЕМ ЛЕКАРСТВ В ВАНКУВЕРСКОМ ШКОЛЬНОМ РАЙОНЕ
(Включая лекарства, принимаемые через рот и для наружного применения, глазные или ушные капли)

Имя/фамилия ученика: _____

Учебный год: _____

Дата рождения: _____ Класс: _____ Школа: _____

Номер школьного факса: _____

ЭТА ЧАСТЬ ФОРМЫ ДОЛЖНА БЫТЬ ЗАПОЛНЕНА ЛИЦЕНЗИРОВАННЫМ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКОМ (LHP), ВЫПИСЫВАЮЩИМ ЛЕКАРСТВА В РАМКАХ СВОИХ ПОЛНОМОЧИЙ

Название лекарства: _____		
Доза, как часто принимать: _____		
Диагноз или причина назначения лекарства: _____ Если давать лекарство по мере необходимости (PRN), уточните интервалы между дозами: _____		
Возможные основные побочные действия лекарства: _____ О каких наблюдаемых нами побочных действиях мы должны вам сообщать: _____		
Может ли ученик иметь при себе ингалятор/ пользоваться им <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> и/или Epi-pen <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>		
Я прошу и разрешаю давать данному учащемуся указанное выше лекарство, применяемое через рот или наружно, глазные или ушные капли, или делать инъекцию Epi-Pen согласно указанным выше инструкциям с _____ до _____ (только в течение текущего учебного года), поскольку состояние здоровья учащегося обуславливает приём лекарства в школьные часы.		
Лицензированный медработник (требуется подпись)	Название клиники	Дата
Имя/фамилия (печатными буквами)	Телефон	Факс

Пожалуйста, примите к сведению:

1. Прописанное лекарство должно быть предоставлено в школу в первоначальной упаковке, на которой фармацевт должен указать имя/фамилию ребенка, название лекарства, дозу и как часто нужно давать лекарство.
2. Лекарства, продаваемые без рецепта, должны быть в первоначальной упаковке.
3. Если ученику следует принимать лекарство, данное на пробу, на упаковке должно быть помечено имя/фамилия ученика, доза, и в какое время принимать лекарство.
4. Выписанные лекарства должны быть принесены в школу родителем/опекуном.

Эта часть формы должна быть заполнена родителем/опекуном

Я прошу и разрешаю школе давать вышеуказанному учащемуся лекарство согласно инструкциям медицинского работника. Конфиденциальность информации, предоставляемой школьному району, где учится мой ребёнок, защищена федеральным Актом о Правах семей в сфере образования и неприкосновенности частной жизни. Я могу аннулировать это разрешение, написав письмо в школьный район, где учится мой ребёнок. Если я аннулирую это разрешение, это не повлияет на действия, уже предпринятые школьным районом на основании этого разрешения.	
После первоначального раскрытия информации о здоровье лицо или организация, получившие эти сведения, могут повторно раскрыть их далее только в соответствии с применимыми законами о конфиденциальности.	
Я даю вам разрешение обратиться к данному медицинскому работнику для организации медицинской помощи и наблюдения за моим ребёнком. Я даю разрешение:	
Медицинскому работнику по факсу переслать эту форму в школу	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Моему ребёнку иметь при себе ингалятор и самостоятельно вводить себе лекарственный препарат с его помощью	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Моему ребёнку иметь при себе и самостоятельно вводить себе содержимое Epi-pen	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Я понимаю, что школьный район не несёт ответственности в случае нанесения какого-либо ущерба здоровью в результате самостоятельного введения учеником лекарственного препарата; и что родители/опекуны должны освободить школьный район, его сотрудников и доверенных лиц от ответственности и возмещения ущерба в случае каких-либо исков, возникших вследствие самостоятельного введения учащимся лекарственного препарата.	
_____ Подпись родителя/опекуна	_____ Дата подписи

**AUTHORIZATION FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION IN VANCOUVER SCHOOL DISTRICT
(Includes oral administration, topical medications, eye drops, or ear drops)**

Student's Name: _____ School Year: _____
 DOB: _____ Gr.: _____ School: _____ School Fax: _____

**THIS PORTION TO BE COMPLETED BY THE LICENSED HEALTH PROFESSIONAL (LHP)
PRESCRIBING WITHIN THE SCOPE OF THEIR PRESCRIPTIVE AUTHORITY**

Name of Medication: _____		
Dosage/Frequency: _____		
Diagnosis or reason for medication: _____		
If given PRN, specify the length of time between doses: _____		
Possible major side effects of medication: _____		
What observable side effects do you want us to report: _____		
Student is capable of carrying/administering inhaler Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> and/or Epi-pen Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
I request and authorize that the above-named student be administered the above identified oral medication, topical medication, eye drops, ear drops, or Epi-Pen injection in accordance with the instructions indicated above from _____ to _____ (not to exceed current school year), as there exists a valid health reason which makes administration of the medication advisable during school hours.		
Prescribing Licensed Health Professional (Signature required)	Clinic Name	Date
Name (Print or type)	Telephone	Fax

Please note:

1. Prescribed medication must be provided in the container labeled by the pharmacist with the name of your child, the name of the medication, the dosage and frequency in which the medication is to be given.
2. Over the counter medications must be in the original container.
3. If samples of medication are to be given, they must be labeled with the name of the student, dosage, and time to be given.
4. Medications must be brought to the school by the parent/ guardian.

THIS PORTION TO BE COMPLETED BY THE PARENT/ GUARDIAN

I request and authorize the school to administer medication to the above identified student in accordance with the health care provider's instructions. Confidentiality of information provided to my student's school district is protected by the federal Family Educational Rights and Privacy Act. I may revoke this authorization by writing to my student's school district. If I did, it would not affect any actions already taken by the school district based upon this authorization.		
Once health care information is disclosed, the person or organization who receives it may re-disclose it only in conformance with applicable confidentiality laws.		
You have my permission to communicate with this health care provider in order to make arrangements for the care and supervision of my child. I give the health care professional:		
Permission to fax this form to the school	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Permission for my student to carry and self-administer inhaler	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
Permission for my student to carry and self-administer Epi-pen	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
I understand the district shall incur no liability as a result of any injury arising from the self-administration of medication by the student, and parents/guardians shall indemnify and hold harmless the district and its employees or agents against any claim arising out of the self-administration of medication by the student.		
_____ Parent/Guardian Signature	_____ Date of Signature	