

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРИЕМ ЛЕКАРСТВ В ШКОЛЕ Школы округа Ватком

Учащийся _____ Дата рождения _____ Школа _____ Год _____

Лекарства будут даваться учащемуся специально подготовленным уполномоченным персоналом школы только в случаях острой необходимости в соответствии с RCW 28A.210.260-270 и RCW 18.71.030 (3). Школьный округ не несет ответственности за непредвиденные побочные явления/реакции, если лекарство принимается в соответствии с указаниями лечащего врача учащегося. Указания должны быть четкими и не содержать «по усмотрению».

**Данная форма не может использоваться для предписывания лекарств для приема в экстренных ситуациях и для инъекций.
НА КАЖДОЕ ЛЕКАРСТВО ЗАПОЛНЯЕТСЯ ОТДЕЛЬНАЯ ФОРМА**

Часть #1: Заполняется РОДИТЕЛЕМ/ОПЕКУНОМ

Пожалуйста отметьте только одно:

- Я прошу, чтобы уполномоченный персонал выдавал лекарство, указанное в части#2. Необходимо получить подпись лечащего врача.
- Я прошу, чтобы моему ребенку было разрешено **самому принимать предписанное** лекарство, указанное в части#2. . Необходимо получить подпись лечащего врача.
- Я прошу, чтобы моему ребенку было разрешено **самому принимать лекарство, получаемое без рецепта** (RCW 26.28.015 or RCW 70.02.130). Родитель должен расписаться и заполнить сведения о лекарственном средстве в части#2. Подпись лечащего врача не требуется.

- Подписывая эту форму, я даю согласие на обмен информацией относительно настоящего Разрешения между школой и лечащим врачом. Я прочел и понял информацию на стр.2 данной формы

_____ Дата

_____ Подпись Родителя/Опекуна

_____ Телефон

Часть #2: Заполняется Лечащим врачом (или родителем, если лекарство не требует рецепта)

This medication will be: staff administered self-administered (student has demonstrated the skill level necessary)

Diagnosis/reason for medication _____

Name of medication _____ Dose to be given: _____

oral (MDI, Nebulizer inclusive) topical eye drops ear drops nasal rectal other: _____

Specific Time(s) ____:____ AM ____:____ PM and frequency of administration _____

Possible side effects _____

Length of prescription current school year (including summer school) other: _____

I request and authorize that the above-named student be administered or be allowed to self-administer the above-identified medication in accordance with the instructions indicated.

_____ Licensed Health Care Provider signature

_____ Date

_____ LHCP printed name

_____ Telephone number

Информация для Родителей/Опекунов и План действий для страдающих астмой находится на обороте формы.

СМОТРИ НА ОБОРОТЕ⇒

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ/ОПЕКУНОВ, ОТНОСИТЕЛЬНО ПРИЕМА ЛЕКАРСТВ В ШКОЛЕ

Я подтверждаю, что являюсь родителем, законным опекуном или иным законным представителем этого учащегося. Я прошу и уполномочиваю школу давать ребенку предписанные лекарства, в соответствии с RCW 28.A210.260-270 и RCW 18.71.030 (3). Сюда включаются лекарства принимаемые орально, ингаляторы, мази, лекарства в нос, свечи, капли в глаза и уши, которые будут даваться только в **случаях острой необходимости**. Уполномоченный/подготовленный персонал будет давать эти лекарства в соответствии с указаниями Лечащего (лицензированного) врача.

Я понимаю, что лекарство должно быть в **оригинальном контейнере/упаковке**, полученным в аптеке с указанием имени учащегося, названия лекарства и дозировкой. Безрецептурные лекарства должны быть в оригинальной упаковке производителя. Все лекарства должны быть в форме готовой к приему и **не должны** требовать какой либо обработки/подготовки персоналом школы. В случае изменения дозировки и времени приема лекарств, должны быть предоставлены новые указания врача и новые контейнер/упаковка.

Я понимаю, что **на мне** лежит обязанность принести лекарства в школу и обеспечивать их бесперебойное снабжение.

Я понимаю, что распоряжения на прием лекарств действуют только в течение настоящего учебного года (включая летнюю школу). Любые неиспользованные лекарства должны быть незамедлительно забраны домой в последний школьный день, иначе они будут уничтожены. Это правило не относится к учащимся по программе Продленного учебного года.

Если лекарство принимается самостоятельно (с одобрения директора школы/медсесры), Я подтверждаю, что мой ребенок обладает этими навыками, и что школа не будет нести никакой ответственности за несвоевременный прием лекарства и его использование. Учащийся может иметь при себе только дневную дозу лекарств, принимаемых орально.

ASTHMA ACTION PLAN

- Intermittent** has symptoms of wheezing and coughing no more than 2 days a week, with nighttime flare-ups twice a month or less. Outside to these few episodes, a student is free of symptoms.
- Mild** Symptoms occur more than twice a week but less than once a day, flare-ups may affect activity.
- Moderate** Symptoms occur daily, flare-ups usually last several days. Symptoms disrupt normal activities and make it difficult to sleep.
- Severe** Symptoms occur daily and often, also curtail the student's activities and disrupt sleep.

WARNING SIGNS OF AN ASTHMA ATTACK:	EMERGENCY RESCUE PLAN:
<ul style="list-style-type: none">• Constant cough• Difficulty breathing with struggling or gasping for breath, or an audible wheeze with breathing• Stooped body posture• Trouble walking or talking, or stops playing and can't start activity again• Lips or fingernails are grey or blue (light complexion only)• _____	<ul style="list-style-type: none">• Remove student from known triggers, if possible.• Accompany student to health room• Give medication as prescribed:• Keep student sitting up and reassure student• Encourage student to drink warm fluids
<ul style="list-style-type: none">• No improvement 15-20 minutes after initial treatment with medication.	<ul style="list-style-type: none">• Notify parent.• Call school nurse• If parents are unable to come within 10 min call 911
If student is in severe distress	Call 911. Notify parent, principal and school nurse.