

巴尔的摩郡公立学校  
健康服务办公室

自主使用获批药物和健康联系信息  
确认书

学生姓名：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

学校：\_\_\_\_\_ 年级/教师：\_\_\_\_\_

过敏史（包括药物过敏史）：\_\_\_\_\_

请列出您孩子定期服用的所有药物名称：\_\_\_\_\_

**医学/健康问题：** 可多选

- 哮喘  多动症  出血性疾病  糖尿病  心脏问题  偏头痛  
 癫痫  视力问题（佩戴眼镜）  其它（请描述）\_\_\_\_\_

我希望可以为我的孩子提供以下药物：（请选择）

**治疗头痛/发热/烧伤/耳痛/肌肉痛/腹痛/经期痉挛**

- 醋氨酚（如泰诺）  布洛芬（如 Advil）  
(适用 9 岁以上女童经期痉挛或 12 岁以上儿童)

**治疗肠胃不适**

- 抗酸咀嚼片  
(如 Tums)

**治疗轻度过敏反应**

- 苯海拉明（如 Benadryl）

**治疗咳嗽/喉咙痛**

- 止咳药

**治疗尿疹**

- 氧化锌

我不希望我的孩子在校时服用任何药物

**联系信息**

家长/监护人 1 姓名：\_\_\_\_\_

家长/监护人 2 姓名：\_\_\_\_\_

家长/监护人 1 家庭电话：\_\_\_\_\_

家长/监护人 2 家庭电话：\_\_\_\_\_

家长/监护人 1 手机号码：\_\_\_\_\_

家长/监护人 2 手机号码：\_\_\_\_\_

家长/监护人 1 工作单位：\_\_\_\_\_

家长/监护人 2 工作单位：\_\_\_\_\_

家长/监护人 1 电邮地址：\_\_\_\_\_

家长/监护人 2 电邮地址：\_\_\_\_\_

家长/监护人家庭住址：\_\_\_\_\_

除家长外，以下人士也可接走学生：

姓名：\_\_\_\_\_ 电话号码：\_\_\_\_\_

姓名：\_\_\_\_\_ 电话号码：\_\_\_\_\_

我了解，注册护士/学校护士将按照由巴尔的摩郡卫生署学校健康服务部门的主任医师以及巴尔的摩郡公立学校协调员所制定的治疗规范使用我在上表中选择的药品。我了解可能会使用同类常规药物。我签名授权本页所列人士接走我的孩子。

家长/监护人/合格学生

日期

自主用药和健康联系信息  
年度确认书

尊敬的家长或监护人：

请在本函件背面表格中填写您孩子目前在健康方面的资料，以及孩子生病或受伤时应联系的人员名单，以供学校护士查询。此外，我们向所有学生免费提供若干非处方药物。请在表格对应部分声明您同意我们对您的孩子使用哪些非处方药物。 **此表格需每学年重新填写一次。**

非处方药物方案（称为自主用药）旨在减轻学生的轻度身体不适，避免不必要的提前离校。这些药物的使用已获巴尔的摩郡卫生署学校健康服务部门主任医师以及巴尔的摩郡公立学校卫生办公室协调员批准。

在未获您同意之前，我们不会将任何药物交予您的孩子。只有注册护士/学校护士可按照既定规范为您的孩子用药。在背页的同意表格中列有我们可能提供的药物。请将其填写妥后，交还学校护士。

**获批自主用药仅供偶尔酌情使用。如果您的孩子需要定期服用任何处方药或非处方药，您必须向医疗人员提供书面医嘱和药物。**

如有任何问题，或希望进一步了解信息，请联系学校护士。

此致

Deborah Somerville, RN, MPH  
巴尔的摩郡公立学校  
健康服务办公室  
协调员

Lucia Donatelli, MD, FAAP  
巴尔的摩郡卫生署儿童、青少年和学校健康管理  
局  
主任医师