

Mẫu Cho phép Sử dụng Thuốc Tự do Đã phê chuẩn và Thông tin Liên hệ về Y tế

Tên Học sinh: _____ Ngày sinh: _____

Trường: _____ Lớp /Giáo viên: _____

Di ứng (bao gồm các di ứng thuốc): _____

Liệt kê tất cả các thuốc mà con quý vị thường nhận: _____

Các Vấn đề về Sức khỏe/Y khoa: Đánh dấu tất cả những trường hợp áp dụng

- Hen suyễn ADHD Rối loạn Chảy máu Tiểu đường Bệnh Tim Đau nửa đầu
 Động kinh Thị lực (mang kính) Khác (mô tả) _____

Tôi muốn có sẵn những thuốc sau cho con tôi: *(vui lòng đánh dấu)*

Đau đầu/Sốt/Bong/Đau tai/Đau cơ/Đau nhức/Co thắt do Kinh nguyệt

Rối loạn Da dày

- Acetaminophen (*tương tự như Tylenol*) Ibuprofen (*tương tự như Advil*) Viên Nhai Antacid
(cho 12 tuổi trở lên/cho 9 tuổi bị co thắt do kinh nguyệt) (*tương tự như thuốc Tums*)

Phản ứng Di ứng Nhe

Ho/Đau họng

Nổi mẩn do Băng vệ sinh

- Diphenhydramine (*tương tự như Benadryl*) Thuốc ho dạng nước Ôxít kẽm

Tôi không muốn con tôi dùng bất kỳ loại thuốc nào tại trường.

Thông tin Liên hệ

Tên Phụ huynh/Người giám hộ 1: _____ Tên Phụ huynh/Người giám hộ 2: _____

Số Điện thoại Nhà của Phụ huynh/Người giám hộ 1: _____ Số Điện thoại Nhà của Phụ huynh/Người giám hộ 2: _____

Số Điện thoại Di động của Phụ huynh/Người giám hộ 1: _____ Số Điện thoại Di động của Phụ huynh/Người giám hộ 2: _____

Nơi làm việc của Phụ huynh/Người giám hộ 1: _____ Nơi làm việc của Phụ huynh/Người giám hộ 2: _____

EMAIL của Phụ huynh/Người giám hộ 1: _____ EMAIL của Phụ huynh/Người giám hộ 2: _____

Địa chỉ Nhà của Phụ huynh/Người giám hộ: _____

Những người không phải cha mẹ mà học sinh có thể được thông báo:

Tên: _____ Số Điện thoại: _____

Tên: _____ Số Điện thoại: _____

Tôi hiểu rằng những loại thuốc mà tôi đánh dấu ở trên sẽ được cung cấp bởi Y tá Có đăng ký/Y tá Nhà trường theo phác đồ đã thiết lập bởi Bác sĩ Trường Dịch vụ Y tế Nhà trường cho Sở Y tế Hạt Baltimore và Điều phối viên Dịch vụ Y tế của Khối Trường Công Hạt Baltimore. Tôi hiểu rằng các loại thuốc generic (cùng gốc) có thể được sử dụng. Chữ ký của tôi cho phép được tiết lộ thông tin của con tôi cho những người được liệt kê ở trang này.

Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ/ Học sinh Đủ tiêu chuẩn

Ngày

Mẫu Cho phép Sử dụng Thuốc Tự do Đã phê chuẩn và Thông tin Liên hệ về Y tế Hàng năm

Kính gửi Phụ huynh hoặc Người giám hộ:

Mặt sau của thư này là mẫu cung cấp cho y tá nhà trường thông tin về sức khỏe cập nhật của con quý vị, danh sách những người được liên hệ trong trường hợp bị bệnh hay tổn thương, và một phần để quý vị xác nhận cho phép sử dụng các thuốc không kê toa có sẵn nhất định, miễn phí, cho tất cả học sinh. **Mẫu này phải được điền đầy đủ thông tin cho mỗi năm học.**

Chương trình dùng thuốc không kê toa này (được gọi là Dùng thuốc Tự do) được thiết kế để làm dịu sự khó chịu của học sinh và tránh nghỉ học sớm không cần thiết. Những thuốc này được chấp thuận bởi Bác sĩ Trưởng Dịch vụ Y tế Nhà trường, Sở Y Tế Hạng Baltimore, Điều phối viên, Phòng Dịch vụ Y tế, Khối Trường Công Hạng Baltimore.

Phải có sự đồng ý của quý vị trước khi sử dụng bất kỳ thuốc nào cho con quý vị. Chỉ có Y tá Có đăng ký/Y tá Nhà trường mới có thể dùng những loại thuốc này theo phác đồ đã thiết lập. Mẫu cho phép này liệt kê những loại thuốc có thể có sẵn. Vui lòng điền đầy đủ mẫu cho phép này và gửi lại cho y tá nhà trường.

Các thuốc tự do đã phê chuẩn chỉ được áp dụng theo từng trường hợp. Nếu con quý vị cần bất kỳ thuốc kê toa hoặc không kê toa thường xuyên nào, thì quý vị phải có phiếu yêu cầu từ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế của quý vị và cung cấp thuốc đó.

Nếu có thắc mắc hoặc muốn biết thêm thông tin, vui lòng liên hệ với y tá nhà trường của quý vị.

Trân trọng,

Deborah Somerville, RN, MPH
Điều phối viên
Phòng Dịch vụ Y tế
Khối Trường Công Hạng Baltimore

Lucia Donatelli, MD, FAAP
Bác sĩ trưởng
Cơ quan Y tế Trẻ em, Thanh thiếu niên và Trường học
Sở Y Tế Hạng Baltimore