

Querido pai ou tutor,

Queremos informá-lo sobre as políticas que foram colocadas em prática para garantir a saúde e a segurança daqueles alunos que precisam de medicamentos durante o dia escolar.

Nosso distrito escolar exige que os seguintes formulários sejam arquivados no registro de saúde do seu filho antes que possamos fornecer qualquer medicação na escola:

1. Consentimento assinado pelos pais ou responsável para administrar a medicação. Preencha o formulário de consentimento anexado e dê à enfermeira da escola.
2. Ordem de medicação assinada. O formulário de solicitação de administração de medicamentos escritos deve ser levado ao prescritor autorizado do seu filho (o médico, enfermeiro, etc.) a ser preenchido antes de ser devolvido à enfermeira da escola. Esta ordem deve ser renovada conforme necessário no início de cada ano acadêmico.

Você ou um adulto responsável que você designar deve entregar os medicamentos para a escola em um recipiente devidamente rotulado, seja por uma farmácia ou pelo fabricante. Peça à sua farmácia para fornecer garfos separados para a escola e para casa. Não deve ser dado à escola um fornecimento de medicamentos por mais de trinta dias.

Quando seu filho ou filha precisar receber um medicamento durante o dia escolar, aja rapidamente de acordo com essas políticas para que possamos começar a administrar a medicação o mais rápido possível. Em caso de dúvidas, ligue para (978) 454-5411 Ramal 4411, 4422, 4433 ou 4455. Os formulários podem ser enviados por fax para (978) 441-5336.

Enfermeiras Escolares

Epi-pen expira: _____ Inalador albuterol expira: _____

**250 Pawtucket Boulevard
Tyngsboro, Massachusetts 01879-2199
TEL: (978) 454 5411 FAX: (978) 441-5344
gitech.org**

Servindo as comunidades de Lowell, Dracut, Tyngsboro, e Dunstable

MEDICATION ORDER FORM
(to be completed by a licensed prescriber)

Name of Student: _____ Date of Birth: _____

Address: _____ Grade: _____
(street) (city/town)

Name of Licensed Prescriber _____ Title: _____

Business Phone: _____ Emergency Phone: _____

Medication: _____

Route of administration: _____ Dosage: _____

Frequency _____ Time(s) of administration _____
(please note: Whenever possible, medication should be scheduled at times other than school hours).

Specific directions or information for administration: _____

Date of order: _____ Discontinuation Date: _____

Diagnosis*: _____

Any other medical condition(s)* _____

Optional Information:

1. Special side effects, contraindications, or possible adverse reactions to be observed: _____
2. Other medications being taken by the student: _____

3. Date of the next scheduled visit or when advised to return to prescriber: _____
4. Consent for self administration (provided the school nurse determines it is safe and appropriate). Yes _____ No _____

Signature of Licensed Prescriber

*if not in violation of confidentiality.

PRÁTICA DE ENFERMAGEM NO AMBIENTE ESCOLAR

Autorização dos pais/responsáveis para administração de medicamentos prescritos

Nome do estudante: _____ Data do nascimento: _____

Pai/Tutor (escrever em fonte legível): _____

Endereço: _____

Telefone residencial: _____ Telefone de trabalho: _____

Contatos de emergência

Nome: _____ Telefone: _____

Nome: _____ Telefone: _____

Meu filho ou filha está recebendo os seguintes medicamentos (a serem preenchidos se não violarem a confidencialidade): _____

Meu filho ou filha tem as seguintes alergias alimentares e medicamentos:

Eu autorizo a enfermeira da escola ou funcionários da escola designados pela enfermeira da escola para administrar a medicação prescrita por: _____

Prescritor licenciado

para _____

Nome do estudante

Dou permissão para meu filho ou filha auto-administrar a medicação, se a enfermeira da escola determinar que é seguro e apropriado: Sim _____ Não _____

Autorizo a enfermeira da escola a delegar a administração de medicamentos para funcionários escolares não licenciados, treinados e supervisionados por enfermagem, caso a enfermeira da escola não possa fazê-lo (por exemplo, durante as excursões de campo):

Sim _____ Não _____

Eu autorizo a enfermeira da escola a compartilhar informações relevantes sobre a administração de medicamentos prescritos se ela determinar ser apropriada para a saúde e segurança do meu filho.

Eu entendo que eu posso obter o medicamento de volta na escola a qualquer momento. Não entanto, tal medicamento será destruído se não for coletado dentro de uma semana após a data de validade da ordem ou uma semana após o fechamento da escola.

Assinatura do pai/tutor: _____ Data: _____