

Caros Pais / Tutores:

Gostaríamos de informar a você as condições que foram instituídas para garantir a saúde e a segurança das crianças que precisam de medicamento durante o dia de escola.

Nosso distrito escolar requer que as seguintes formas são arquivadas no registro de saúde do seu filho antes para dar alguma medicação na escola:

1. Consentimiento assinado pelo pai ou tutor para dar medicamento. Por favor, preencha o formulário de consentimento anexado e trazê-lo para a enfermeira da escola.
2. Ordem médica assinada. A forma escrita de administração do medicamento deverá ser preenchida pelo prescritor licenciado de seu filho (médico de seu filho, enfermeira, etc.) e devolvido a enfermeira da escola. Esta ordem deve se renovar quando é necessário e no início de cada curso acadêmico.

Você ou um adulto autorizado que você designe deve entregar os medicamentos à escola em um recipiente rotulado pelo fabricante ou por uma farmácia. Verifique com sua farmácia para fornecer garrafas separadamente para escola e para casa. Não devem ser enviado para a escola um fornecimento de medicamento para mais de trinta dias.

Quando a criança deve ser dada uma medicação durante o dia de escola, agie rapidamente para seguir estas políticas para que podemos começar a dar o medicamento logo que possível. Se você tiver alguma dúvida, ligue a extensão (978) 454-5411 4449 ou 4422. Os formulários podem ser enviados por fax para no (978) 441-5399.

Sinceramente,

Christine Baker, RN

Donna DiGiovanni, RN

Lisa Geoffroy, LPN

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 NA ESCOLA

Permissão do Pai / Tutor para a Administração DOS Medicamentos Prescritos

Nome do Aluno: _____ Data de Nascimento: _____

Pai / Tutor (escrever com letra de molde): _____

Telefone de Casa: _____ Telefone no Trabalho: _____

Contactos de Emergencia: Nome: _____ Telefone: _____

Nome: _____ Telefone: _____

Meu filho ou filha está actualmente a receber os seguintes medicamentos (para concluir sem violar a confidencialidade): _____

Meu filho ou filha tem as seguintes alergias a alimentos e medicamentos: _____

Eu dei meu consentimento para a enfermeira ou o pessoal da escola designado pelo enfermeiro administrar a medicação prescrita pelo:

_____ para _____
Médico con Licencia Nome do Aluno

Eu dou permissão para o meu filho ou filha para auto administrado a medicação, se a enfermeira determina que é seguro e adequado.

_____ Sim _____ Não

Autorizo a enfermeira da escola para partilhar informações relevantes para a administração da medicação para a saúde e segurança que são determinadas apropriada para o meu filho / filha.

Eu entendo que eu posso recuperar a medicação na escola a qualquer momento; *No entanto, a droga será destruída se não é coletada dentro de uma semana após a conclusão da ordem ou uma semana a mais para além do encerramento da escola.*

Assinatura do PAI / TUTOR: _____ Data: _____

Relacionamento com o Aluno: _____

Endereco: _____
