



在學校使用藥物 授權書

以下段落需要由家長/監護人來完成：

(請用正楷)

學校 _____ 年級 _____ 生日 _____

學生姓名 _____ 性別 _____

(姓) (名)

_____ (醫療服務提供者姓名) _____ (地址) _____ (電話)

請只選擇一個項目：

我要求在學校有職權的員工幫助我的子女服用以下所述的藥物。同時我也准許校區員工和醫療服務提供者互相交換資訊。

我要求我的子女可以自己服用藥物。同時我也准許校區員工和醫療服務提供者互相交換資訊。*校區政策和程序的例外同意書(在此表格背面)一定要由家長們或監護人及醫療服務提供者共同簽署。*

我代表自己簽署這份表格 (RCW 26.28.015 or RCW 70.02.130), 同時我也准許校區員工和醫療服務提供者互相交換資訊。

_____ (日期) _____ (家長/監護人/學生簽名) _____ (住家電話) _____ (緊急聯絡電話)

以下段落是由來醫療服務提供者完成

(請用正楷)

我決定以下所提出的藥物是可以在學校時來使用。

診斷藥物是給予： _____

藥物名稱： _____ 劑量： _____

藥丸/膠囊 口服液 噴霧 注射 機器噴霧 其它

如果藥物需每天使用，是在什麼時間？ _____

如果藥物是當需要時才使用，請說明： _____

需多久時間重複一次？ _____

你是否允許孩子自己使用藥物？ 是 否 *如果同意，一定要簽署此表格背後的例外同意書。*

此療法建議使用時間： _____

詳細指示 (以下) - 要求有十六個上課日或以上。

可能副作用： _____

當有嚴重副作用發生時，所要採取的緊急措施： _____

日期： _____

醫療服務提供者簽名： _____

CHINESE

例外同意書

家長/監護人由於他們的子女自己使用或攜帶藥物所引起的訴訟，判決或負債，學校和西雅圖公立學校校區的職員，雇員，和代理人，對於所有的賠償，判決或負債都不需承擔任何責任。

_____	_____	_____	_____
(家長/監護人)	(日期)	(學校校長)	(日期)
_____	_____	_____	_____
(家長/監護人)	(日期)	(學校護士)	(日期)
_____	_____	_____	_____
(醫療服務提供者)	(日期)		

盡可能的情況下我們鼓勵所有定時服用的藥物都在非上課的時間使用。根據華盛頓州的法律下，那些需要在上課時間服用藥品的學生，必需要完成表格並放在學校的檔案中才會給予使用藥物。

所有的 藥物是由學校幫助下來使用的，
此要求需要有健康執照的專業人士所提出

處方藥或產品

- 授權在學校使用藥物的表格必需由家長和由執照的專業人士並有開藥權利的人來完成此表格。裝藥的容器必需是原來的藥罐。

短期處方藥 -十五個上課日或以下

- 授權在學校使用藥物的表格必需由家長和由執照的專業人士並有開藥權利的人來完成此表格。
- 藥物必需放在合適並有標明的容器內 (看下列) 從配藥的藥房所給的。
 - 學生姓名
 - 藥物的名稱和劑量
 - 藥物的使用時間和方法
 - 藥物的使用期間和日期

長期處方藥 - 十六個上課日或以上

- 一定要符合所有短期服藥的要求，並加上從有健康執照的專業人士額外的詳細指示。

請記得：只有口服的藥物才可以由非護士的學校員工來給與。

EPI-PENS 是唯一例外。

謝謝您的合作。