



VIETNAMESE

## GIẤY CHO PHÉP ĐƯỢC DÙNG THUỐC TẠI TRƯỜNG

Phần sau đây được điền đầy đủ bởi PHỤ HUYNH/ GIÁM HỘ:

(XIN VIẾT BẰNG CHỮ IN)

Trường	Lớp	Ngày sinh:
Tên học sinh:		phái:
(Họ)	(Tên)	
(Tên Bác Sĩ Gia Đình)	(Địa chỉ)	(Số điện thoại)

Xin Chỉ đánh dấu vào một ô:

Tôi yêu cầu nhân viên có thẩm quyền tại trường giúp con tôi dùng những thuốc được liệt kê dưới đây.

Tôi cũng cho phép được trao đổi dữ liệu giữa nhân viên giảng huấn nha học chánh Seattle và nhân viên y tế.

Tôi yêu cầu cho phép con tôi được tự dùng thuốc. Tôi cũng cho phép được trao đổi dữ liệu giữa nhân viên giảng huấn nha học chánh và nhân viên y tế. Một Hợp Đồng Đặc Miễn về phương thức và hoạch định của nha học chánh (ở phần sau của đơn) này phải được ký bởi cha mẹ hoặc giám hộ và nhân viên y tế.

Tôi ký mẫu đơn này với tư cách là đại diện của riêng tôi (RCW 26.28.015 or RCW 70.02.130). Tôi cũng cho phép được trao đổi dữ liệu giữa nhân viên giảng huấn nha học chánh và nhân viên y tế.

(Ngày)

(Chữ ký Phụ Huynh/ Giám Hộ/ Học sinh)

(Số điện thoại nhà)

(Số điện thoại khẩn cấp)

Tôi xác định rằng loại thuốc có tên dưới đây được dùng trong khi đi học.

Phần sau đây được điền đầy đủ bởi BÁC SĨ GIA ĐÌNH

(xin viết bằng chữ in)

**VIETNAMESE**

Chẩn đoán loại thuốc được dùng: \_\_\_\_\_

Tên thuốc :

Liều lượng: \_\_\_\_\_

Thuốc viên / Thuốc con nhộng  Thuốc nước  Thuốc hít  Thuốc chích  Thuốc xịt  Các loại khác

Nếu thuốc được dùng HÀNG NGÀY, dùng lúc nào ? \_\_\_\_\_

Nếu thuốc được dùng KHI CẦN THIẾT , cho biết sự chỉ dẫn : \_\_\_\_\_

Bao lâu có thể được dùng lại ? \_\_\_\_\_

Cháu có được tự dùng thuốc không ?  có  không

Nếu có , phải ký Hợp Đồng Đặc Miễn  
ở mặt sau của mẫu đơn này

Thời gian điều trị được đề nghị: \_\_\_\_\_

Những chỉ dẫn chi tiết ( bên dưới )

Yêu cầu cho 16 ngày học hoặc hơn

Có thể tạo phản ứng phụ: \_\_\_\_\_

Phương thức khẩn cấp trong trường hợp có phản ứng phụ trầm trọng: \_\_\_\_\_

Ngày \_\_\_\_\_ Chữ ký của Bác sĩ gia đình

Adapted from the American Academy of Pediatrics, HEO150

22:159 (SNM revised 12/11/02)

**VIETNAMESE**

**Hợp Đồng Đặc Miễn**

Phụ Huynh /Giám Hộ sẽ không làm phương hại và đảm bảo cho nhà trường, nhân viên và viên chức Nha Học Chánh Seattle, cũng như giới chức đại diện khỏi bị mọi yêu sách, phán quyết, hoặc trách nhiệm pháp lý nảy sinh từ sự tự đem và dùng thuốc bởi con em họ.

(Phụ Huynh/Giám Hộ)

(Ngày)

(Hiệu Trưởng)

(Ngày)

(Phụ Huynh/ Giám Hộ)

(Ngày)

(Y Tá Trưởng)

(Ngày)

(Bác sĩ Gia Đình)

(Ngày)

Bất cứ lúc nào có thể được chúng tôi khuyến khích liều thuốc nên được chuẩn bị trước ngoài giờ học. Đối với những học sinh cần dùng thuốc tại trường, điều sau đây được bắt buộc bởi luật Tiểu Bang Washington và phải hoàn tất và lưu hồ sơ trước khi được dùng bất cứ loại thuốc nào.

**TẤT CẢ THUỐC ĐƯỢC DÙNG TẠI TRƯỜNG ĐÒI HỎI PHẢI CÓ SỰ ĐỀ NGHỊ CỦA MỘT NHÂN VIÊN Y TẾ CÓ BẰNG CHUYÊN NGHIỆP.**

**SẢN PHẨM/ THUỐC MEN KHỎI CẦN TOA BÁC SĨ**

- Mẫu Đơn cho phép được Dùng Thuốc tại Trường được điền đầy đủ bởi phụ huynh VÀ một nhân viên y tế chuyên nghiệp có thẩm quyền cấp thuốc. Thuốc phải được chứa trong hộp đựng nguyên thủy

**THUỐC KÊ TOA NGẮN HẠN- 15 ngày học hoặc ít hơn**

- Mẫu Đơn Cho phép được Dùng Thuốc tại Trường được điền đầy đủ bởi phụ huynh VÀ một nhân viên y tế chuyên nghiệp có thẩm quyền cấp thuốc.
- Thuốc phải được chứa trong hộp đựng có nhãn ghi cụ thể (xem danh sách) từ hiệu thuốc.
  - Tên Học sinh
  - Tên và độ mạnh của thuốc
  - Giờ giấc và cách dùng
  - Khoảng cách thời gian được dùng

**THUỐC KÊ TOA DÀI HẠN -16 ngày học hoặc hơn**

- Phải hội đủ mọi điều kiện của loại thuốc Ngắn Hạn **CỘNG THÊM VÀO NHỮNG CHỈ DẪN CHI TIẾT ĐƯỢC ĐÒI HỎI TỪ NHÂN VIÊN Y TẾ CHUYÊN NGHIỆP CỦA QUÍ VỊ.**

**XIN GHI NHỚ : CHỈ CÓ LOẠI THUỐC UỐNG MỚI CÓ THỂ ĐƯỢC CHO KHỎI CẦN Y TÁ NHÀ TRƯỜNG, NGOẠI TRỪ THUỐC EPI-PENS.**

Cám ơn sự hợp tác của quý vị.