

# Đơn Cho Phép dùng Dừng Dược Phẩm-thuốc tại Trường

Phụ huynh/Người Giám Hộ điền vào mẫu đơn dưới đây.

Tên Trường: \_\_\_\_\_ Fax # \_\_\_\_\_ Lớp: \_\_\_\_\_

Họ và Tên Học Sinh: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh: \_\_\_\_\_

Tên Bác Sĩ: \_\_\_\_\_ Số Điện Thoại của Bác Sĩ: \_\_\_\_\_

Số Fax của Bác Sĩ \_\_\_\_\_

Xin đánh dấu vào một áp dụng dưới đây:

- Tôi yêu cầu những người có thẩm quyền tại trường học giúp con tôi dùng thuốc được mô tả dưới đây. Tôi cũng cho phép trao đổi thông tin giữa y tá của trường và Bác Sĩ của con tôi.
- Tôi yêu cầu cho con tôi được phép tự dùng thuốc điều trị. Tôi cũng cho phép trao đổi thông tin giữa y tá của trường và Bác Sĩ của con tôi. Tôi sẽ giữ an toàn và bồi thường cho Nha Học Chánh Seattle No.1, các cơ quan, nhân viên và thành viên hội đồng quản trị đối với tất cả các khiếu nại, phán quyết hoặc trách nhiệm pháp lý phát sinh do tự quản lý và mang theo thuốc bởi con của tôi.
- Tôi được 18 tuổi hoặc lớn hơn và tự ký tên vào mẫu đơn này (RCW 26.28.015 hoặc RCW 70.02.130) để yêu cầu tôi được phép tự mình dùng thuốc điều trị. Tôi cũng cho phép trao đổi thông tin của tôi giữa y tá của trường và Bác Sĩ của tôi. Tôi sẽ giữ an toàn và bồi thường cho Nha Học Chánh Seattle No.1, các cơ quan, nhân viên và thành viên hội đồng quản trị đối với tất cả các khiếu nại, phán quyết hoặc trách nhiệm pháp lý phát sinh do tự mình quản lý và mang theo thuốc.

Chữ ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Số điện thoại: \_\_\_\_\_ Số điện thoại khẩn cấp: \_\_\_\_\_

**Bác Sĩ hoàn thành phần dưới đây.**

Tôi đã xác định rằng tên thuốc dưới đây là được sử dụng trong ngày học.

Chẩn đoán cho thuốc đã cho: \_\_\_\_\_

Tên Thuốc: \_\_\_\_\_ Liều lượng sử dụng: \_\_\_\_\_

Phương thức sử dụng: \_\_\_\_\_

Nếu thuốc được sử dụng HÀNG NGÀY, thời gian nào? \_\_\_\_\_

Nếu cần phải dùng thuốc theo NHU CẦU, hãy mô tả chỉ dẫn: \_\_\_\_\_

Bao lâu thì có thể được sử dụng lại: \_\_\_\_\_

Trẻ có ủy quyền tự quản lý không? Khoanh tròn **CÓ** **KHÔNG**

Nếu **CÓ**, học sinh đã được huấn luyện bởi Bác Sĩ và an toàn để tự quản lý thuốc Khoanh tròn **CÓ** **KHÔNG**

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

Có thể có phản ứng phụ: \_\_\_\_\_

Thủ tục khẩn cấp trong trường hợp có các phản ứng phụ nghiêm trọng: \_\_\_\_\_

Chữ ký của Bác Sĩ: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

# Đơn Cho Phép được dùng Dược Phẩm-thuốc tại Trường Công Lập Seattle Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe

Bất cứ khi nào có thể, chúng tôi khuyến khích dùng liều thuốc **trong giờ không đến trường**. Đối với những học sinh cần thuốc trong giờ học, xem phần dưới đây về yêu cầu của Luật Tiểu bang Washington RCW 28A.210.260.

1. **TẤT CẢ** dược phẩm (bao gồm cả thuốc không cần toa) được quản lý tại trường học yêu cầu có chữ ký của phụ huynh/người giám hộ và Bác Sĩ được cấp giấy phép hành nghề.
2. Thuốc phải được dán nhãn đúng cách (xem bên dưới) và đựng trong hộp dược phẩm gốc.
  - a. Họ và Tên của học sinh.
  - b. Tên và Sức công hiệu của thuốc (bao gồm cả liều lượng được cung cấp).
  - c. Thời gian và phương pháp điều trị.
  - d. Khoảng thời gian/ngày để được cho dùng.
3. Các loại thuốc khác với thuốc uống, mắt, tai hoặc thuộc ngoài da có thể cần phải được cho dùng bởi y tá được cấp phép. Epinephrine tự động tiêm chích (Epi-Pen, Auvi-Q) là một ngoại lệ. Xin vui lòng liên hệ với y tá của trường để biết thêm thông tin.

**Mẫu đơn thuốc được ủy quyền phải được điền và có trong hồ sơ của học sinh tại trường, trước khi dùng thuốc.**

Xin cảm ơn,

Seattle Public School Health Services

P.O. Box 34165, MS 31-650

Seattle, WA 98124-1165

Phone (206) 252-0750

Fax (206) 252-0751