

# 授權在學校採取藥物治療表格

## 父母/監護人完成以下部分

學校: \_\_\_\_\_ 傳真 # \_\_\_\_\_ 年級: \_\_\_\_\_

學生姓, 名字: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

醫療服務提供者: \_\_\_\_\_ 醫療服務提供者電話: \_\_\_\_\_

醫療服務提供者傳真 # \_\_\_\_\_

### 請單選:

- 我要求學校授權人員協助我的孩子服用下面描述的藥物。我也允許學校護士和醫療服務提供者之間交換信息。
- 我要求讓我的孩子自行服用藥物。我也允許學校護士與醫療服務提供者之間交換信息。西雅圖一號校區以及學校代理人員、雇員和校董會成員將免則於任何由我孩子自行服用和攜帶藥物引起的索賠, 評判及責任。
- 我已經 18 歲或以上, 我代表自己簽署此表格要求我被允許自行服藥 (華盛頓修訂代碼 RCW 26.28.015 或 RCW 70.02.130)。我也允許學校護士與我的醫療服務提供者之間交換信息。西雅圖一號校區以及學校代理人員、雇員和校董會成員將免則於任何由我自行服用和攜帶藥物引起的索賠, 評判及責任。

父母/監護人簽名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

主要電話: \_\_\_\_\_ 緊急電話: \_\_\_\_\_

## 醫療服務提供者完成以下部分。

我已經確認於上課時間使用下列藥物是合適的。

用藥診斷: \_\_\_\_\_

藥物名稱: \_\_\_\_\_ 劑量: \_\_\_\_\_

綫路: \_\_\_\_\_

如果需要**每天**用藥, 什麼時間? \_\_\_\_\_

如果是**根據需要**用藥, 請描述需要時的症狀與徵兆: \_\_\_\_\_

間隔多久可以重復用藥: \_\_\_\_\_

孩子授權自行服藥嗎? 請圈畫一項: **是的** **不是**

如果圈畫是, 學生已接受過醫療服務提供者的培訓並且可以進行自行服藥。請圈畫一項 **是的** **不是**

建議此治療的時間長度: \_\_\_\_\_

可能出現的副作用: \_\_\_\_\_

當嚴重副作用出現時應給於的應急措施: \_\_\_\_\_

醫療服務提供者簽名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

# 授權在西雅圖公立學校採取藥物治療表格衛生服務

在允許的情況下，我們鼓勵學生在非上課時間安排藥品使用。對於在校期間需要藥物治療的學生，請參閱以下華盛頓州法律要求 RCW 28A.210.260.。

1. 在學校使用的所有藥品（包括櫃檯藥品）都需要父母/監督人及持有執照的醫療服務提供者的授權簽名。
2. 藥品必須貼有正確的標籤（見下文）並在其原始的藥房容器裏。
  - a. 學生姓名
  - b. 藥品名稱和強度（包括使用劑量）
  - c. 時間及藥品使用方法
  - d. 藥品使用時間的長度
3. 非口服、眼睛、耳朵或局部以外的藥品使用需要由持照護士管理。腎上腺素自動注射器（Epi-Pen, Auvi-Q）除外。請聯係您學校的護士了解更多信息。

授權藥物表格必須填寫完整並保存於學生檔案后，學生才可以於學校進行藥物使用。

感謝您，

西雅圖公立學校衛生部  
P.O. Box 34165, MS 31-650  
Seattle, WA 98124-1165  
電話 (206) 252-0750  
傳真 (206) 252-0751