



San Leandro Unified School District Health Services

(510) 667-3503 Fax (510) 297-0508 | nurses@slusd.us

授權管理處方藥物

學年: _____

學生姓名: _____ 學校: _____

出生日期: _____ 老師/年級: _____

家長/監護人姓名: _____ 電話: _____

根據加州教育法規49423, 在正常上學日期間需要任何藥物 (處方藥或非處方藥) 的學生必須要 (1) 有醫生的書面聲明和 (2) 父母/法定監護人的書面聲明。此表格必須填寫並在案, 然後孩子才能被協助服用任何藥物。指定的學校工作人員, 在學校護士的監督下, 可以協助學生服用藥物。

此要求必須每年更新或在藥物劑量發生變化時更新。所有藥物必須由成年人帶到學校辦公室, 並存放在帶有藥房標籤的原裝容器中。對於非處方藥, 請確保你孩子的名字在容器上, 藥物與醫生的指示完全一致。

Must Be Completed By Healthcare Provider: (必須由醫療保健提供者完成)

Medical Diagnosis (醫療診斷): _____

Name of Medication 藥物名稱	Dose 劑量	Frequency 頻率	Indication 指示	Possible Side Effects 可能的副作用	Self-Administer? * 自我管理? *	Self-Carry? * 自我攜帶? *
					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes

*自我管理/自我攜帶的藥物僅適用於哮喘吸入器和EpiPens。取決於學校護士的批准。

注意: 對於EpiPens, 食品過敏和過敏反應緊急護理計劃(Food Allergy and Anaphylaxis Emergency Care Plan)也必須由醫療保健提供者和家長/監護人完成。

Healthcare Provider Signature: _____ Date日期: _____

醫療保健提供者簽名

Print/Stamp Name of Provider: _____ Phone電話: _____

醫療保健提供者名字/印章

必須由家長/法定監護人完成:

我要求學校工作人員按照上述指示協助提供藥物。我解除了學校工作人員對因使用這種藥物而導致的任何不良反應的責任。

我明白, 當有可能時, 藥物應安排在孩子不上課的時間服用。我允許學校護士根據需要與醫生溝通。

Parent/Legal Guardian Signature: _____ Date: _____

家長/法定監護人簽名

日期