

Écoles publiques de Cincinnati

Administration de la formule de médicaments d'ordonnance

Demande fournisseur/parent pour le Personnel de l'école donner des médicaments sur ordonnance

School/Ecole: _____ Grade/Niveau: _____ Homeroom/Class: _____ School Fax/Fax d'école: _____
Politique de Cincinnati Board of Education, Section 5330, exige le consentement du parent, tuteur ou étudiant admissible 18 ans ou plus avant les médicaments (y compris les médicaments sur ordonnance, inhalateurs, adrénaline, etc.) peut être décernée à un étudiant par le personnel de l'école. Les informations suivantes sont nécessaires pour se conformer à la présente politique. S'il vous plaît **répondre à toutes questions** et retourner ce formulaire dûment rempli au principal de vos élèves ou infirmière de l'école.

Student's Name/ Étudiant nom : _____ Date of Birth/ Date de naissance : _____ Home Phone/ maison téléphone: _____

Street/rue : _____ N d'appt : _____ Ville/City : _____ Etat/ State : _____ Zip : _____

À REMPLIR PAR LE PARENT DE L'ÉLÈVE OU UN ÉTUDIANT ADMISSIBLE

TO BE COMPLETED BY THE STUDENT'S PROVIDER (Physician / Nurse Practitioner / Dentist)

À remplir par le fournisseur de l'élève (médecin / infirmière praticienne / dentiste)

Name of Medication Nom du médicament /: _____ Dosage/dose: _____ Time/Frequency-temps/frequence: _____

How Administered /comment administrés : _____ Date to Begin/ Date au début : _____

Autorisation pour ce médicament est uniquement valable jusqu'à la fin de l'année scolaire en cours, sauf indication contraire. EXCEPTION : Pour les médicaments d'urgence pour l'asthme, l'anaphylaxie, saisies ou le diabète, cette autorisation peut être valable pendant 3 ans. Une commande fournisseur est requise pour tout changement de ce médicament.

Date to Terminate Emergency Medication / Date au médicament d'urgence mettre : _____
(3ans/3 years)

veuillez joindre un plan d'action d'urgence avec les procédures à suivre si des médicaments d'urgence n'allège pas l'urgence de l'étudiant

For Epinephrine orders only: I have determined that this student is capable of possessing and using this auto injector/epipen appropriately and have provided the student with training in the proper use of the auto-injector.

D'épinéphrine commandes seulement : J'ai déterminé que cet étudiant est capable de posséder et d'utiliser cette auto injecteur/epipen convenablement et ont fourni à l'étudiant une formation dans l'utilisation de l'auto-injecteur.

Severe reactions that should be reported to the physician/ Réactions graves qui doivent être signalées au médecin : _____

Special conditions for storage of drug/ Conditions particulières pour le stockage de médicaments : _____

Provider's Signature/ Signature du fournisseur : _____ Date: _____

Provider's Name/ Nom du fournisseur : _____ Phone d'urgence/Emergency Phone #: _____

La médecine doit être en forme auto-injecteur ou inhalateur, liquide, capsule, comprimé et doit être clairement marquée par le pharmacien. L'étiquette doit montrer le nom de l'élève, nom du médicament, posologie, médecin et numéro de l'ordonnance.

Pharmacy/ Pharmacie : _____ Phone Number/ numero de teleph: _____

Comme le parent/tuteur de cet étudiant (ou un étudiant admissible), je donne autorisation du mandant ou personne désignée par celui-ci administrer le médicament prescrit. Le soussigné s'engage pas au fichier ou faire une réclamation pour négligence dans le cadre de l'application ou la non administration de ce médicament (s) et plus loin s'engage à les exonérer de toute responsabilité résultant de l'administration ou non-l'administration de tout médicament. Je vais informer l'école s'il y a un changement dans tout cela information.

Please check the following if applicable/S'il vous plaît vérifier ce qui suit, le cas échéant :

For Students with Asthma / Pour les étudiants souffrant d'asthme:

_____ Comme le parent/tuteur de cet étudiant, ou de moi-même, un étudiant admissible, j'autorise l'étudiant (ou moi-même) à Posséder et utiliser un inhalateur asthme tel que prescrit, à l'école et toute activité, événement ou un programme parrainé par ou auxquels participe l'école de l'élève.

Pour les étudiants avec injecteur EpiPen/Twinject/Auto For Students with EpiPen/Twinject/Auto Injector:

_____ Comme le parent/tuteur de ce étudiant, ou moi-même, un admissibles étudiant, je autoriser la étudiant à possèdent des et utiliser un auto-injecteur d'épinéphrine, tel que prescrit, à l'école et toute activité, événement ou programme auquel participe l'école de l'élève. Je comprends qu'un employé de l'école demandera immédiatement une assistance d'un prestataire de service médical d'urgence si ce médicament est administré. **Je vais vous donner une dose de sauvegarde de le médicaments à l'école comme l'exige loi.**

Nom du Parent / tuteur / étudiant admissible (en lettres moulées) : _____

Name of Parent / Guardian / Eligible Student (please print) : _____

Signature du Parent / tuteur / admissibles étudiant : _____ **Date:** _____

Signature of Parent / Guardian / Eligible Student:

primaire urgence telephone/ Primary Emergency Phone: _____

Urgence secondaire téléphone Secondary Emergency Phone/: _____