



**ZGODA RODZICA/UCZNIA NA
NOSZENIE LEKÓW NA ASTMĘ I/LUB AUTOMATYCZNEGO WSTRZYKIWACZA EPINEFRYNY**

Do wypełnienia przez rodzica:

Wyrażam zgodę, aby moje dziecko _____ nosiło leki na astmę i/lub automatyczny wstrzykiwacz epinefryny, opisane poniżej. Zdaję sobie sprawę, że dziecko musi stosować się do poniższych reguł. Poinformuję szkołę o zmianach w lekach przyjmowanych przez moje dziecko. W przypadku zastosowania na moim dziecku automatycznego wstrzykiwacza epinefryny, potwierdzam i rozumiem, że personel dystryktu szkolnego może zadzwonić pod numer 9-1-1 i wezwać służby ratunkowe.

Nazwa leku	Dawka	Częstotliwość przyjmowania
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Podpis rodzica/opiekuna: _____ Data: _____

Do wypełnienia przez ucznia w przypadku korzystania z inhalatora na astmę:

Ja, _____, uczeń szkoły _____ zgadzam się na poniższe:

1. Zademonstrowałem(-am) prawidłowe użycie i obchodzenie się z moim inhalatorem dostawcy usług medycznych i personelowi medycznemu w szkole.
2. Wyrażam zgodę, że nie będę udostępniać inhalatora innej osobie lub pozostawiać go w miejscu dostępnym dla innych.
3. Wyrażam zgodę, że w przypadku braku znaczącej poprawy po dwóch inhalacjach, powiadomię nauczyciela lub inną odpowiedzialną osobę dorosłą, która będzie szukać pomocy medycznej.

Podpis ucznia _____ Data: _____

Odnośnik: Illinois Department of Human Services, Asthma Management: A Resource Manual for Schools (str. 83), 105 ILCS 5/22-30

Do wypełnienia przez ucznia w przypadku korzystania z automatycznego wstrzykiwacza epinefryny:

Ja, _____, uczeń szkoły _____ zgadzam się na poniższe:

1. Opisałem(-am) prawidłowe użycie i zademonstrowałem(-am) prawidłowe obchodzenie się z moim automatycznym wstrzykiwaczem epinefryny dostawcy usług medycznych i personelowi medycznemu w szkole.
2. Wyrażam zgodę, że nie będę udostępniać automatycznego wstrzykiwacza epinefryny lub pozostawiać go w miejscu dostępnym dla innych.
3. Wyrażam zgodę, że w przypadku zastosowania automatycznego wstrzykiwacza epinefryny, powiadomię nauczyciela lub inną odpowiedzialną osobę dorosłą, która będzie szukać pomocy medycznej.

Podpis ucznia _____ Data: _____

Ref: 105 ILCS 5/22-30