



Niniejszy formularz należy wypełnić WYŁĄCZNIE w sytuacji, gdy lekarstwa dla dziecka muszą znajdować się w szkole. Należy dostarczyć wszystkie leki przyjmowane przez dziecko. Niniejszy formularz MUSI być wypełniony w całości i podpisany przez lekarza dziecka oraz rodzica/opiekuna. Zgoda na samodzielne zażywanie leków przez dziecko jest ważną wyłączenie w danym roku szkolnym, dla którego została wydana.

AUTORYZACJA I ZGODA NA PODANIE LEKU

Część I: Niniejszą część wypełnia rodzic/opiekun

Imię i nazwisko ucznia: _____ Data urodzenia: _____
Adres: _____
Numery telefonów alarmowych: Dom: _____ Praca: _____ Komórka: _____
Szkoła: _____ Klasa: _____

Część II: Niniejszą część wypełnia lekarz (Niniejsze oświadczenie może być podpisane przez asystenta lekarza lub dyplomowaną pielęgniarkę zaawansowanej praktyki, wyznaczonych przez nadzorującego/współpracującego lekarza.)

1. Nazwa/rodzaj leku: _____
 2. Czy lek przepisany jest na astmę? _____
 3. Czy lek przepisany jest na anafilaksję? _____
 4. Dawka/iłość, która ma zostać podana: _____
 5. Sposób podania: _____
 6. Częstotliwość i godziny podawania: _____
 7. Okres (tydzień, miesiąc, do końca roku szkolnego): _____
 8. Diagnoza, zamierzony efekt i przewidywana reakcja na lek (objawy, skutki uboczne itp.): _____

 9. Inne leki, które przyjmuje uczeń: _____
 10. Inne wymagania bądź okoliczności specjalne: _____
 11. Czy lek ten musi być podany w ciągu dnia szkolnego, aby uczeń mógł uczęszczać do szkoły? [] Tak [] Nie
 12. Czy dozwolone jest nadzorowane samodzielne zażywanie leku przez ucznia? _____
 13. **Wyłączenie w przypadku leku na astmę lub automatycznego wstrzykiwacza epinefryny*:**
Czy dozwolone jest nienadzorowane samodzielne zażywanie leku przez ucznia? [] Tak [] Nie
**Zgodnie z prawem stanu Illinois, po wyrażeniu zgody przez rodziców, uczeń któremu przepisano leki na astmę lub automatyczny wstrzykiwacz epinefryny może posiadać i używać własnego leku na astmę w szkole lub podczas organizowanych przez szkołę zajęć, bez nadzoru personelu Dystryktu.*
Uczeń zademonstrował i rozumie odpowiednie użycie leku na astmę. ____ tak?
Uczeń zademonstrował i rozumie odpowiednie użycie automatycznego wstrzykiwacza epinefryny ____ tak?
- Podpis lekarza: _____ Data: _____
Adres: _____ Numer telefonu: _____

Część III – Prośba/zgoda rodzica

Niniejszym proszę i udzielam zgody personelowi Glenview Dystryktu Szkolnego 34 na [zaznaczyć jedną opcję] [] podawanie lub [] zezwolenie na samodzielne zażywanie leku przez moją córkę/mojego syna zgodnie z powyższymi instrukcjami. Rozumiem, że podanie leku przez personel szkoły może być wykonane przez osobę inną niż certyfikowana czy dyplomowana pielęgniarka szkolna i wyrażam na to zgodę. Ponadto zrzekam się wszelkich roszczeń wobec Dystryktu Szkolnego, członków Kuratorium Oświaty, ich pracowników i przedstawicieli, łącznie i osobno, w związku z wszelką odpowiedzialnością, roszczeniami, żądaniem, szkodami, przyczynami wniesienia spraw sądowych i domniemanymi szkodami, kosztami, wydatkami, w tym kosztami adwokackimi spowodowanymi lub wynikającymi z podania lub samodzielnego zażycia leku. Jeżeli chodzi o uczniów samodzielnie zażywających lek na astmę, niniejsze zrzeczenie się i zwolnienie od odpowiedzialności cywilnej nie stosuje się do działań rozmyślnych i niesprowokowanych w zakresie wymaganym prawem.

Wyłączenie w przypadku leku na astmę lub automatycznego wstrzykiwacza epinefryny:

Zgadzam się, aby moje dziecko posiadało i w sposób nienadzorowany samodzielnie zażywało lek na astmę/epinefrynę: [] tak [] nie

Podpis rodzica/opiekuna: _____ Numer telefonu _____ Data _____