



# 学生健康服务 SHS-1 表

## 在校药物治疗授权

### 家长必须提供要在学校储存的治疗药物

如果必须在上学期间、实地考察时或者在学校陪护的“课前”或“课后”活动过程中进行药疗，则必须填写本表格。请尽量在上学前或放学后在家中给药，因为有些药物不必在上学期期间给药。

学生姓名：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_ 学年：\_\_\_\_\_

班主任老师：\_\_\_\_\_ 年级：\_\_\_\_\_ 已知过敏症：\_\_\_\_\_

我特此申请富尔顿县学校系统 (Fulton County School System)，通过校长或指定人员，根据下面陈述中所载说明，以及根据《富尔顿县学校药物政策》(Fulton County Schools Medication Policy)，对我的孩子的用药进行监督/协助。我理解：

- 治疗药物（包括处方药以及非处方药）**必须**在原始的带标签容器中（不得使用小袋儿、锡箔袋，等等）。
- 家长/法定监护人负责确保学校收到关于药物使用的具体说明，其中包括治疗药物以及相关说明。
- 药物治疗如有任何变化，家长/法定监护人负责通知学校。在填写一张新的表格之前，**将不**按照新的药物或新的计量给药。
- 所有治疗药物应由家长和/或学生直接带到学校办公室/学校医务室。
- 如有任何未使用或已停用的治疗药物未在上学最后一天当天或之前被领走，则将在学年结束时被妥善弃置。已停用的治疗药物必须在一周内领走，否则将被医务室妥善弃置。
- 经过培训的工作人员会协助学生进行治疗药物给药。但是，学校雇员将不为监督或协助进行治疗药物给药承担任何责任（其中包括窒息、过敏反应、副作用和/或与此药物治疗有关的任何健康风险）。
- **为处方药填写此表格，即授权学生健康服务处 (Student Health Services) 与处方医疗保健提供者讨论药疗医嘱/药疗申请（若有相应指示和/或需求）。**

我卸除富尔顿学校系统以及任何富尔顿县学校系统雇员与此药相关联的任何责任。**对于处方药和非处方药，均需家长/法定监护人的授权签名。**

\_\_\_\_\_  
家长/法定监护人签名

\_\_\_\_\_  
以正楷清晰易读地书写姓名

\_\_\_\_\_  
日期

住宅电话：\_\_\_\_\_ 办公电话：\_\_\_\_\_ 移动电话：\_\_\_\_\_

**每张表格一种治疗药物 - 将此表交给学校医务室**

#### 非处方药（由家长/法定监护人填写）

药物名称：	需要药物治疗的诊断/症状/疾病：	
开始日期：	停止日期：	给药剂量、路径和时间：

#### 处方药 - （本节必须仅由医师/医疗保健提供者填写）

药物名称：	处方剂量：
可能的副作用：	给药路径、时间以及其他特殊说明：
需要药物治疗的诊断/症状/疾病：	

\_\_\_\_\_  
医师签名

\_\_\_\_\_  
以正楷清晰易读地书写姓名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
办公室/联系人电话号码：

\_\_\_\_\_  
传真：

#### 本节必须仅由医务室助理/集群学校护士/特殊教育护士填写

收到日期：	药物名称：	剂量数：
失效日期：	填写人：	返给法定监护人的日期：