



# 学生健康服务 SHS-2 表

学年： \_\_\_\_\_

## 学生携带处方药吸入器、Epipen、胰岛素或其他授权治疗药物之授权书\* (治疗药物给药与储存之 JGCD 操作准则)

学生姓名 \_\_\_\_\_ 年级 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_

(以正楷清晰易读地书写)

我同意下列各项： (每张表格一种治疗药物) - 将此表交给学校医务室

- 我需要携带下面带处方药标签的吸入器、Epipen、胰岛素和/或经批准药物  
\_\_\_\_\_。

(以正楷方式清晰易读地书写治疗药物名称)

- 我已在适当使用我的带标签药物方面得到医嘱，并且完全理解其给药方式。在所有时间，我都将把该治疗药物带在我本人身上。在任何情况下，我都不会让另一名学生使用我的治疗药物和/或医疗用品。我还理解，如果另一名学生使用我的处方或治疗药物，我随身携带治疗药物的特权可能会被重新评估和/或吊销。我还接受下列责任：每当我用药时，我都会通知医务室助理/集群学校护士/特殊教育护士。在实地考察时，我将通知陪护的老师/富尔顿县学校 (FCS) 工作人员。

\_\_\_\_\_  
学生签名

\_\_\_\_\_  
日期

(学生健康服务处 (Student Health Services) 强烈鼓励每位学生在校医务处留下第二个处方药吸入器、Epipen、更多胰岛素或其他急用处方药物，以防不时之需，或者自带药物丢失或落在家中。)

### 由家长/监护人填写

我特此申请，上面指名道姓之学生（我对其拥有法定监护权）得到允许，可以在学校携带和使用下列治疗药物：

- 我为可能发生的下列情形接受法律责任：药物丢失或不能立即可用、给药，或者上述学生以外的人员使用该药物。我理解，如果发生此类情形，随身携带治疗药物的特权可能会被重新评估和/或吊销。
- 我接受下列责任：如果任何治疗药物发生变化，或有新的剂量，则须提交一份新表，以反映所发生的每项变化；
- 治疗药物必须在其原始的带标签容器中；
- 在下列情况下，我卸除富尔顿学校系统及其雇员的任何法律责任：监督或协助进行治疗药物给药时，或者上述之学生自行给药时（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）；
- 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本药疗医嘱/药疗申请（若有相应指示或需求）。

\_\_\_\_\_  
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： \_\_\_\_\_

**医疗保健提供者和家长/监护人：请翻转本表，了解更多信息和说明。**

学生姓名：	年级：	出生日期：
-------	-----	-------

**由医师/医疗保健提供者填写**  
(仅针对处方药 - 必须带标签且装于原始容器中)

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/症状或疾病：	

\_\_\_\_\_ 医师签名 \_\_\_\_\_ 日期

医师姓名（请以正楷清晰易读地书写）： \_\_\_\_\_

办公室/联系人电话号码： \_\_\_\_\_ 传真： \_\_\_\_\_

**由家长/监护人填写**

紧急情况联系人姓名和电话号码：

姓名： \_\_\_\_\_ 住宅电话： \_\_\_\_\_

办公电话： \_\_\_\_\_ 移动电话： \_\_\_\_\_

\* 其他已批准药物 - 其定义是，用于紧急目的的处方药物，以及/或者在学生的家长/监护人或医疗保健提供者配合下、经学生健康服务处 (Student Health Services) 批准的药物。

富尔顿县学校系统 (Fulton County Schools System) 保留在认为必要和适当时为学生寻求紧急医疗救护的权利。

本表仅针对本学年有效，并且包括学校赞助的富尔顿县学校系统活动以及暑期学校。

\_\_\_\_\_ 集群学校护士/特殊教育护士签名 \_\_\_\_\_ 收到日期

**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：