

药物治疗和医疗程序治疗方案

请使用此表格详细说明学生在校施用的药物和/或医疗程序方案，并将其返回Health Suite工作人员。Health Suite工作人员将与您联系以安排送达药物/医疗用品。如有多种需求，请完成多份表格。

第1部分：学生和家長/看顧人信息 | 由學生的家長/看顧人填寫。

學生名字：	學生姓氏：	年級：
學校名稱：	學生出生日期：	
家長名字：	家長姓氏：	
家長電子郵件：	家長電話：	

我在此請求並授權Health Suite工作人員按照持證醫療保健提供者的指示，向第1部分中指定的學生施用處方藥/規定的治療。我理解：

- 我負責為Health Suite工作人員帶來必要的藥物/醫療用品。
- 所有藥物/醫療用品將存放在學校的安全區域。Health Suite工作人員對學生藥物/醫療用品可能發生的丟失不承擔任何責任。
- 在藥物/醫療用品到期後的一周內和/或在學年結束後的一周內，我必須收集未使用或將被銷毀的物品。
- 學校或Health Suite工作人員對於學生給予其自己未經授權的藥物/治療不承擔任何責任。
- 如果我的學生健康或治療方案發生任何變化，我將立即按照哥倫比亞特區官方法典第38-651.03條的要求通知學校和Health Suite人員。
- 治療方案和藥物方案必須每年更新，並且當學生的健康或治療要求有任何變化時也必須更新。
- 本人在此確認，除犯罪行為、故意違法行為、重大過失或故意不當行為外，哥倫比亞特區及其學校、工作人員和代理人根據哥倫比亞特區法律第17107規定對於任何作為或不作為均不承擔民事責任。

家長 / 看顧人簽名： _____ 日期： _____

Part 2a: Student's Medication Plan | To be completed by licensed health care provider.

Diagnosis:	End date for school administration of this medication:
This medication is: <input type="checkbox"/> New; the first dose was given at home on date and time: _____ <input type="checkbox"/> Renewal <input type="checkbox"/> Change	
Is this a standing order? <input type="checkbox"/> Yes, epinephrine auto injector 0.15 mg: refer to anaphylaxis plan <input type="checkbox"/> Yes, other: _____ <input type="checkbox"/> Yes, epinephrine auto injector 0.3 mg: refer to anaphylaxis plan <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, albuterol sulfate 90 mcg/inh: refer to asthma action plan	
Name and strength of medication:	Dose/route:
Time and Frequency at School (e.g. 10am and 2pm every day; as needed if standing order)	
If a reaction can be expected, please describe:	
Additional instructions or emergency procedures:	

Part 2b: Student's Medical Procedure Treatment Plan | To be completed by licensed health care provider.

Diagnosis:	This procedure is: <input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Renewal <input type="checkbox"/> Change
Treatment:	
When should treatment be administered at school? (e.g. 10am and 2pm every day)	
End date for school administration of this treatment:	
Additional instructions or emergency procedures:	

Has the student's Universal Health Certificate form been updated to reflect new health concerns? Yes No

Licensed Health Care Provider Office Stamp

Provider Name:

Provider Phone:

Provider Signature:

Date:

Name:	Signature:	Date:
--------------	-------------------	--------------