

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/看护人信息 | 由学生的家長/看护人填写。**

学生名字:	学生姓氏:	年级:
学校名称:	学生出生日期:	
家長名字:	家長姓氏:	
家長电子邮件:	家長电话:	

我在此请求并授权Health Suite工作人员按照持证医疗保健提供者的指示，向第1部分中指定的学生施用处方药/规定的治疗。我理解：

- 我负责为Health Suite工作人员带来必要的药物/医疗用品。
- 所有药物/医疗用品将存放在学校的安全区域。Health Suite工作人员对学生药物/医疗用品可能发生的丢失不承担任何责任。
- 在药物/医疗用品到期后的一周内和/或在学年结束后的一周内，我必须收集未使用或将被销毁的物品。
- 学校或Health Suite工作人员对于学生给予其自己未经授权的药物/治疗不承担任何责任。
- 如果我的学生健康或治疗方案发生任何变化，我将立即按照哥伦比亚特区官方法典第38-651.03条的要求通知学校和Health Suite人员。
- 治疗方案和药物方案必须每年更新，并且当学生的健康或治疗要求有任何变化时也必须更新。
- 本人在此确认，除犯罪行为、故意违法行为、重大过失或故意不当行为外，哥伦比亚特区及其学校、工作人员和代理人根据哥伦比亚特区法律第17107规定对于任何作为或不作为均不承担民事责任。

家長 / 看护人签名: \_\_\_\_\_ 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:

<b>Name:</b>	<b>Signature:</b>	<b>Date:</b>
--------------	-------------------	--------------