

**Escolas Públicas Stoneham**  
**A autorização para a administração do medicamento**

A lei do Estado de Massachusetts requer um médico licenciado autorizado por escrito da ordem e autorização do pai, mãe ou tutor de uma enfermeira para administração de medicamentos. Os medicamentos devem ser recipiente preparado numa farmácia e etiquetada com o nome da criança, nome do medicamento, dosagem, frequência, nome do médico licenciado autorizado e a data de prescrição.

**A autorização do médico licenciado**

Nome do Aluno'-- \_\_\_\_\_ Date do Nascimento \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ AddffiSS \_\_\_\_\_

Condição para a qual droga está sendo administrado \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Nome do medicamento \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Dose \_\_\_\_\_ Derrotae \_\_\_\_\_  
Frequência \_\_\_\_\_ Tempo de dose(s) de escola \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ - Efeitos Colaterais \_\_\_\_\_

Alergias o \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_  
de Início Data de Término. \_\_\_\_\_ Medicação necessária para viagens de  
campo\_sim nenhuma medicação a ser dada no início de lançamento\_sim não  
Nome do médico licenciado/Título (impressão) \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_  
Assinatura \_\_\_\_\_ .Date \_\_\_\_\_

**Pais/responsáveis a  
autorização**

A Enfermeira da Escola dou permissão para administrar a medicação acima ordenada para o meu filho. Eu entendo que deve fornecer a escola com não mais do que um 30-dia fornecimento de medicação. Eu entendo que este medicamento será descartado se não for recolhido no prazo de uma semana após a cessação da ordem ou o último dia de escola. A enfermeira da escola pode consultar o médico do meu filho com quaisquer perguntas ou preocupações sobre como administrar esta medicação para o meu filho.

Assinatura do Pai/Mãe/Guardião \_\_\_\_\_ E Dat \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Telefone \_ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Auto Administração de Medicamentos autorização/Aprovação**

Auto-administração de um medicamento pode ser autorizado pelo médico licenciado e pais/responsáveis para certos medicamentos e devem ser aprovados pela enfermeira da escola, em conformidade com protocolos de enfermagem

A autorização do médico licenciado para auto-administração ( )SIM ( )Não Assinatura de autorização de

pais/encarregados de educação para auto-administração ( ) sim( )nenhuma assinatura assinatura

Enfermeira ( ) sim ( ) Não Data \_\_\_\_\_