

Niên Học
20__ - 20__



Số Fax
316-973-_____

**ỦY QUYỀN CHO UỐNG THUỐC/THỦ TỤC
Ở TRƯỜNG & CÁC CUỘC DU NGOẠN**

Phần A - Phụ Huynh Hoàn Tất

Tên của Học Sinh: _____ Ngày Sinh: _____ Lớp/Giáo Viên: _____

Tôi cho phép y tá hoặc một nhân viên được ủy nhiệm của trường học để cho con em tôi uống thuốc/điều trị ở trường hoặc ở một cuộc du ngoạn như được cho biết bởi bác sĩ của con em tôi như được mô tả trong Phần B bên dưới.

Tôi hiểu rằng tôi phải cung cấp mọi yêu cầu như sau:

1. Thuốc uống được để trong lọ chính có nhãn hiệu và/hoặc
2. Các dụng cụ cần thiết

Tôi đồng thời cũng cho phép việc giao tiếp giữa nhân viên y tế của trường và người kê đơn thuốc và nhà bán thuốc có liên quan đến các loại thuốc/điều trị cụ thể khi có thắc mắc, bao gồm các mối quan tâm như sau:

1. Đơn thuốc hoặc điều trị chính nó – ví dụ, những thắc mắc liên quan đến liều lượng, cách cho uống, và khả năng tương tác của thuốc uống.
2. Thực hiện điều trị ở trường – ví dụ, những thắc mắc liên quan đến các mối quan tâm về an toàn, các vấn đề kiểm soát nhiễm trùng, hoặc yêu cầu sửa đổi trong điều trị liên quan đến môi trường học tập hoặc lịch trình học tập của học sinh.
3. Những kết quả từ việc điều trị – ví dụ, những thắc mắc liên quan đến quan sát các tác dụng phụ, khả năng phản ứng xấu, những quan sát về thái độ thay đổi trong lớp học.
4. Những vấn đề cần thiết khác liên quan đến chẩn đoán, tình trạng, hoặc điều trị của học sinh.

Phụ huynh/Giám hộ Ký	Tên của Phụ huynh/Giám hộ	Hợp pháp	Ngày của Hôm Nay
Điện Thoại Nhà	Điện Thoại Di Động		Điện Thoại Chỗ Làm Việc
Tên Phụ Huynh Chỉ Định	Điện Thoại Phụ Huynh Chỉ Định		Điện Thoại Chỗ Làm của Phụ Huynh Chỉ Định

Part B - Health Care Provider to Complete

MEDICATION AND/OR TREATMENT ORDERS: (please specify)

Medication / Treatment	Dosage / Route	Time / Frequency	Diagnosis(es) / Indication
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Special Instructions: _____

Signature of Physician/APRN/PA _____ Printed Name of Physician/APRN/PA _____ Name of the Supervising Physician for APRN/PA _____

Health Care Provider Phone Number _____ Health Care Provider FAX Number _____ Today's Date _____

This student has demonstrated the skill level necessary to self-administer such medication/treatment.

Yes _____
Signature of Physician/APRN/PA _____ Medication(s)/Treatment(s) that can be self-administered _____

TRƯỜNG CÔNG LẬP WICHITA
Phân Khu Dịch Vụ Hỗ Trợ Học Sinh

BAN Y TẾ

**NGUYÊN TẮC CHỈ ĐẠO CHO THUỐC UỐNG &
CÁC THỦ TỤC - Quy Định Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Đặc Biệt (PSHCS)**

Tham khảo Chính Sách Sở Giáo Dục 5316 & 5317 ~Được Sửa Đổi vào 22 Tháng 9, 2015

Các yêu cầu cho Uống Thuốc & Thủ Tục/PSHCS phải được đổi mới **mỗi niên học**

Các Thủ Tục/PSHCS là những dịch vụ

- ❖ Được kê đơn bởi một bác sĩ chăm sóc sức khỏe mà đòi hỏi đào tạo chuyên môn để thực hiện.
- ❖ Đó là cần thiết để cho phép học sinh để theo học và/hoặc tham gia trong các chương trình trước/sau giờ học và được trường học thực hiện hoặc điều khiển. Những ví dụ của Thủ Tục/PSHCS bao gồm các tiêm chủng như insulin và các dụng cụ tiêm tự động lúc khẩn cấp.

Y Tá Trường Học

Về thuốc không theo toa và thuốc theo toa

1. Phải xem xét tất cả các yêu cầu thuốc uống trước khi khởi đầu việc cho uống thuốc của mình.
2. Có thể chỉ định và huấn luyện nhân viên không phải là y tá để cho uống thuốc.
 - a. *Nếu có thể, các thuốc uống nên được cho uống trước khi đi học và sau khi rời trường dưới sự giám sát của phụ huynh.*

Về các Thủ Tục/PSHCS

1. Có trách nhiệm để kiểm soát và xử lý yêu cầu cho Thủ Tục/PSHCS.
2. Có liên quan trong việc kế hoạch và cung cấp dịch vụ.
 - a. *Kết quả của kế hoạch này sẽ bao gồm trong **Kế Hoạch Y Tế Khẩn Cấp** của học sinh - EMP.*
3. Có thể chỉ định và huấn luyện nhân viên trường học mà không phải là y tá để thực hiện Thủ Tục/PSHCS.

Phụ Huynh/Giám Hộ Hợp Pháp –

1. Phải cung cấp một mẫu **Ủy Quyền cho Uống Thuốc/Thủ Tục ở Trường** mỗi niên học.
 - a. *Chữ ký của phụ huynh/giám hộ hợp pháp và mẫu **Ủy Quyền cho Uống Thuốc ở Trường** cho phép trao đổi thông tin với trường học và bác sĩ chăm sóc sức khỏe/cơ quan.*

Về thuốc không theo toa và thuốc theo toa

1. Phải thông báo trường học ngay về những thay đổi. Bất kỳ những thay đổi về liều lượng hoặc thời gian uống thuốc đòi hỏi một
 - a. *văn bản yêu cầu mới từ bác sĩ chăm sóc sức khỏe*
 - b. *lọ thuốc với nhãn dán chính xác*
2. Sẽ liên lạc y tá trường học trước khi niên học kết thúc để thảo luận những sắp xếp cho việc chuyển thuốc.

Về Thủ Tục/PSHCS

1. Phải thông báo trường học ngay về những thay đổi.
 - a. *Những thay đổi đòi hỏi một văn bản yêu cầu mới từ bác sĩ chăm sóc sức khỏe và sự chấp thuận của y tá.*
2. Chịu trách nhiệm cung cấp, duy trì, bảo dưỡng và thay thế các thiết bị cần thiết và các dụng cụ như ống tiêm, ống, glucose tabs, v.v...
 - a. *Các thiết bị phải được dán nhãn đúng với các hướng dẫn cho uống.*
3. Sẽ liên lạc y tá trước khi niên học kết thúc để thảo luận những sắp xếp cho chuyển các thiết bị.