

### 学生携带和/或自行注射肾上腺素许可

学生姓名: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

本人作为医疗保健提供者，证明该儿童有严重过敏反应的病史，并接受过使用处方药的培训，被判定为有能力携带和自行注射肾上腺素。无论何时使用药物/注射器，都应通知护士或指定的学校工作人员。该儿童了解与他人分享药物的危险，并同意避免这种做法。本人了解，如果确定学生滥用了拥有和自行注射药物的特权，或者学生没有以安全有效的方式自行注射药物，学校可以在学年的任何时间撤销拥有和自行注射该紧急药物的许可。

自行携带

自行注射

\_\_\_\_\_  
学生签名

\_\_\_\_\_  
印刷体学生姓名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
医疗保健提供者签名

\_\_\_\_\_  
医疗保健提供者印刷体姓名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
家长/监护人签名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
校长/指定人员签名

\_\_\_\_\_  
日期