

## 授权实施健康治疗计划

学生：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_ 学校：\_\_\_\_\_

学校/儿童保育承包商 (CCC) 必须在提供任何医学治疗（包括药物给药）之前获得父母/监护人的具体书面授权。本书面知情同意书给予受过培训的学校/CCC 工作人员实施医嘱的授权。当家长/监护人为其在校/在学龄儿童保育 (SACC) 中的孩子授权医疗时，此类授权包括允许学校健康专业人员与处方医生就所下达的具体治疗进行适当沟通。父母/监护人未签名和注明日期的健康治疗计划将不会实施。

基于医嘱的沟通通常包括以下内容：

- 治疗处方本身（例如，剂量、给药方法、可能的药物相互作用的相关问题）；
- 在学校/SACC 中对治疗的实施（例如，安全顾虑、感染控制、问题，或与学校环境或学生的学业时间表相关的治疗顺序修改的相关问题）；以及
- 学生的治疗后果（例如，观察到的副作用、可能的不良反应、观察到的课堂行为的相关问题）。

我/我们了解，非医务人员可能会对我的孩子执行该操作程序。

根据弗吉尼亚州法典 § 22.1-274，我同意以下内容：

我不会要求学校董事会、其任何员工或 CCC 为学生自行使用该急救药物导致的任何负面结果负责。

经校医、家长、CCC 和医疗保健提供者审查并同意后，本健康治疗计划将持续有效，直至年度审查日期或学生的医疗状况需要更改时为止。

\_\_\_\_\_  
家长/监护人印刷体姓名

\_\_\_\_\_  
家长/监护人签名

\_\_\_\_\_  
日期

\_\_\_\_\_  
学校护士/CCC 印刷体姓名

\_\_\_\_\_  
学校护士/CCC 签名

\_\_\_\_\_  
日期

接受过治疗程序培训的学校人员/CCC：

印刷体姓名	签名	培训师签名	培训日期