

CHO PHÉP HỌC SINH MANG VÀ/HOẶC TỰ SỬ DỤNG EPINEPHRINE

Tên Học Sinh: _____ Ngày Sinh: _____

Tôi, với vai trò là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, xác nhận rằng học sinh này có bệnh sử phản ứng dị ứng nghiêm trọng và đã được đào tạo để sử dụng thuốc kê toa và được đánh giá là đủ năng lực để mang và tự tiêm epinephrine. Y tá hoặc nhân viên được chỉ định của trường cần được thông báo mỗi khi học sinh sử dụng thuốc/bơm tiêm. Học sinh này hiểu rõ sự nguy hiểm của việc chia sẻ thuốc với người khác và đã đồng ý kiểm soát hành động này. Nhà trường/SACC có thể rút lại sự cho phép sở hữu và tự quản lý thuốc trị hen suyễn tại bất kỳ thời điểm nào trong năm học/SACC nếu xác định rằng học sinh đã lạm dụng đặc quyền sở hữu và tự sử dụng thuốc hoặc học sinh không tự sử dụng thuốc một cách an toàn và hiệu quả.

Tự mang

Tự sử dụng

Chữ Ký Của Học Sinh

Tên Học Sinh Bằng Chữ In

Ngày

Chữ Ký của Nhà Cung Cấp Chăm sóc Sức khỏe

Viết In Tên Nhà Cung Cấp Chăm sóc Sức khỏe

Ngày

Chữ Ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ

Ngày

Chữ Ký của Hiệu Trưởng/Người Được Chỉ Định

Ngày