

TRƯỜNG CÔNG LẬP QUẬN PRINCE WILLIAM  
CHO PHÉP SỬ DỤNG THUỐC

Ngày hết  
hạn dùng  
thuốc:

**Thông tin học sinh: Phụ huynh / Người giám hộ hoàn thành**

Học sinh: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_ Độ tuổi: \_\_\_\_\_ Lớp: \_\_\_\_\_

Trường học: \_\_\_\_\_ Học sinh đã dùng thuốc này trước đây?  Rồi  Chưa

Nếu không, liệu đầy đủ đầu tiên phải được cung cấp tại nhà để giảm nguy cơ học sinh có phản ứng tiêu cực ở trường. Liệu đầu tiên đã được cấp: \_\_\_\_\_ Ngày: Thời gian: \_\_\_\_\_

**Thuốc kê đơn: Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoàn tất (một mẫu cho mỗi loại thuốc)**

Tên thuốc: \_\_\_\_\_

Chẩn đoán / tình trạng mà thuốc đang được sử dụng: \_\_\_\_\_

Liều dùng: \_\_\_\_\_ Tuyến: \_\_\_\_\_ Thời gian sử dụng thuốc: \_\_\_\_\_

Chiều dài của thời gian:  Năm học  Khác: \_\_\_\_\_

Tác dụng phụ có thể xảy ra:  Ngoài dự kiến  Nêu cụ thể: \_\_\_\_\_

Chữ ký nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Tên chữ hoa và con dấu của Nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe Tên / tem: \_\_\_\_\_

Số điện thoại của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe: \_\_\_\_\_ Số fax: \_\_\_\_\_

Địa chỉ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe: \_\_\_\_\_

**Thuốc bán tự do: Phụ huynh / Người giám hộ hoàn thành (một đơn cho mỗi loại thuốc)**

Tên thuốc: \_\_\_\_\_

Lý do thuốc sẽ được cấp: \_\_\_\_\_

Liều dùng: \_\_\_\_\_ Tuyến: \_\_\_\_\_ Thời gian sử dụng thuốc: \_\_\_\_\_

Chiều dài của thời gian:  Năm học  Khác: \_\_\_\_\_

Tác dụng phụ có thể xảy ra:  Không có dự kiến  Chỉ định: \_\_\_\_\_

**Ủy quyền của Phụ huynh / Người giám hộ**

Chữ ký của tôi cho phép người được chỉ định của hiệu trưởng sử dụng thuốc theo toa / không kê đơn và cho phép người được chỉ định của hiệu trưởng liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nếu cần thiết. Tôi cũng đồng ý nhận bất kỳ loại thuốc không sử dụng vào cuối năm học. Tôi hiểu rằng thuốc không được phụ huynh / người giám hộ chọn vào cuối năm học sẽ bị loại bỏ. Tôi đã đọc các thủ tục và nhận trách nhiệm theo yêu cầu.

Chữ ký phụ huynh/người giám hộ: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

**Hoàn thành với Nhân viên Phòng Y tế**

Thuốc nhận được (số tiền / mô tả) : \_\_\_\_\_

Thuốc nhận được: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Chữ ký của nhân viên phòng y tế / Chữ ký của phụ huynh/người giám hộ/Ngày

Thuốc được nhận bởi: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_  
Chữ ký phụ huynh/người giám hộ