

School Year: _____

School: _____

MEDICATION RECORD

Prescription Non-prescription

Order good for up to end of one school year

Medication Expiration Date: _____

PHYSICIAN AUTHORIZATION (To be completed by the Physician) **Student:** _____ **DOB:** _____

Name of Medication: _____ Dosage/Route _____ Time: _____ or for PRN, every _____ hours.

Reason medication is prescribed: _____ Start date: _____ Stop Date: _____

Significant information/Instructions/Contraindications: _____

Licensed Health Care Provider Signature: _____ **Date:** _____ **Phone:** _____ **Fax:** _____

DAILY MEDICATION LOG

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Aug.																															
Sept.																															
Oct.																															
Nov.																															
Dec.																															
Jan.																															
Feb.																															
Mar.																															
Apr.																															
May																															
June																															

Initials Name Initials Name Initials Name

Initials Name Initials Name Initials Name

School Nurse: _____ Review Date: _____

Acceptable Codes: AB=absent T=tardy SD=School Delay
 ED=Early Dismissal NS=No School FT=Field Trip
 NMS=No medication at school DC=Discontinue medication

Variance Codes: VO=Omitted Dose VW=Wrong Child
 VD=Wrong dose/amount VM=Wrong medication
 VT=Wrong Time VR=Wrong Route VS=Student Refused

PHOTO
HERE

C. Parent Request for Medication to be given during school Hours

Форма-требование о выдаче лекарств ребёнку в школе. (Родители, пожалуйста, заполните и возвратите данную форму в администрацию школы)

Authorization: Настоящим, я даю разрешение на выдачу лекарства моему ребёнку _____ в течение школьных часов. Как родитель/опекун, я принимаю ответственность за любые побочные реакции, которые могут быть вызваны при употреблении данного лекарства моим ребёнком. Я согласен/на принести, прописанное лекарство в аптечной упаковке. Лекарства, отпускаемые без рецепта, будут принесены в школу в закрытой оригинальной упаковке.

Signature of Parent/Guardian (Подпись пациента или опекуна) _____ Date (Дата) _____

Home phone # Домашний телефон: _____ Work phone # Рабочий телефон: _____

Контактное лицо в экстренных случаях: _____ Emergency #: Номер телефона в экстренных случаях: _____

AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL INFORMATION

Разрешение на передачу медицинской информации,

Настоящим разрешаю передачу врачом (имя врача) _____ определённой конфиденциальной медицинской информации, содержащейся в истории болезни моего ребёнка, школьной медсестре или директору школы. Данная информация предоставляется в целях обеспечения персоналом школы медицинских услуг моему ребёнку во время школьных часов.

Имя ребёнка: _____ Дата рождения: _____

Кому: _____
Название школы _____ Дата _____ Подпись родителя/Опекуна _____

Permission to fax: Я даю разрешение школьной администрации отправлять по факсу записи, касающиеся выдачи лекарства в школе, врачу моего ребёнка (при необходимости) на подпись. Я даю разрешение врачу моего ребёнка отправить данную форму по факсу в школу. Я понимаю, что школьная администрация не может гарантировать конфиденциальность передачи информации по факсу.

Signature of parent/guardian Подпись пациента или опекуна: _____ Date (Дата) _____

D. Medication Check-In/Check Out Log (Журнал прихода/ухода лекарственных средств)

Date/Time Дата/Vremja	Medication/Dose Лекарство/ Доза	Amount Received Получено	Amount on hand Остаток	Received by (Signature) Кем получено (Подпись)	Signature of Witness Подпись свидетеля

E. Medication Disposal / Destroyed Log (If not picked up)

Журнал списания/уничтожения лекарственных средств
(если родители не забрали лекарство)

Date Дата	Medication Лекарство	Amount Количество	Signature of RN Подпись медсестры	Signature of Witness Подпись свидетеля