

Anul Școlar: _____ Data de Expirare a Medicamentelor: _____

**ACORD PENTRU ELEV DE A DEȚINE MEDICAMENTE
(MEDICAMENTE DE URGENȚĂ: INHALATORI, EPI-PENS)**

Numele Elevului: _____ Clasa: _____ DOB: _____ Școala: _____

Medicament: _____ Doza: _____ Traseu: _____

Motivul pentru care este prescris medicamentul: _____

Semnătura Furnizorului de Servicii Medicale Autorizat

Acest elev este capabil și a fost instruit despre cum să-și transporte singur și, dacă este cazul, să administreze acest medicament conform instrucțiunilor. Vă rugăm să le permiteți să poarte singur acest medicament în timpul orelor de școală. În cazul unei urgențe, acest elev poate avea nevoie de asistență din partea unui membru al personalului școlii în administrarea acestui medicament.

Furnizorului de Servicii Medicale Autorizate _____ Data _____ Semnătura

Permisuniunea Părintelui/Tutorelui

Eu, _____ sunt de acord că elevul meu _____
_____ poate deține medicamente de urgență, dar are nevoie de asistență pentru a administra
medicamentele de urgență _____ poate purta și administra de sine stătător medicamente de urgență.

În calitate de părinte/tutore al acestui elev, îmi asum responsabilitatea pentru orice reacții adverse pe care acest medicament le poate provoca elevului meu. Înțeleg că școala și angajații săi nu sunt răspunzători pentru nicio vătămare rezultată din posesia și/sau autoadministrarea acestui medicament de către elevul meu. Înțeleg că ar trebui să ofer școlii medicamente de urgență de rezervă care să fie păstrate la școală într-o locație care este accesibilă în caz de urgență.

Dau permisiunea școlii și furnizorului de asistență medicală al elevului meu să comunice și să partajeze prin fax orice formulare necesare. Înțeleg că școala nu poate garanta confidențialitatea aparatului de fax.

părintelui/tutorelui _____ Data _____ Semnătura

Numărul de Telefon al Părintelui/Tutorelui _____

Acord Elevului (se completează cu Asistenta Școlară)

Sunt capabil să port acest medicament conform recomandărilor și accept această responsabilitate. Îl voi păstra în siguranță în orice moment și nu îl voi împărtăși altora. Voi informa un membru al personalului școlii când se folosesc medicamente. Dacă nu pot să auto-administrez medicamentele de urgență, voi anunța un membru al personalului școlii. Înțeleg că, dacă nu urmez instrucțiunile de mai sus, s-ar putea să-mi pierd capacitatea de a deține acest medicament.

Semnătura Elevului _____ Data _____

Semnătura Asistentei Medicale Școlare _____ Data _____