Sèvis Sante

Fòm Otorizasyon Medikaman Dyabèt/Tretman

Non Elèv la: _____ Dat Nesans: _____ Klas: _____

Non Lekòl la: _____ Pwofesè: _____

Nondoktè ki preskri medikaman an: _____ Alèji: _____

Plan Jesyon Dyabèt elèv yo ap aktyalize chak ane oswa nenpòt lè medikaman yo oswa jesyon timoun nan chanje. Paran/responsab legal yo responsab pou bay lekòl la yon kopi Plan Jesyon Dyabèt elèv la ki resan (oswa rekòmandasyon doktè a).

Paran/responsab legal la dwe bay lekòl la medikaman ki poko ekspire/medikaman emèjennsi ak materyèl/ekipman tretman timoun nan. San medikaman ak/oswa materyèl adekwa yo, timoun nan p ap ka jwenn swen. Si medikaman oswa materyèl yo pa disponib, paran/responsab legal la dwe pote materyèl yo, trete timoun nan pou kont yo nan lekòl la oswa mennen l tounen lakay li. Si sa nesesè pou fè yon entèvansyon pou sik ba oswa sik wo epi nou pa ka jwenn paran/responsab legal la, n ap rele 911 pou tretman. **Se paran an oswa gadyen legal la ki pou konplete seksyon sa a:**

Apwovizyonman Medikaman/Tretman	Ensilin	Ensilin Pen	Ponp Ensilin	Tablèt Glikoz	Glikagon	Ketone Strips	Meter/Test Strips	Lansèt
Ekspirasyon								
Inisyal otorizasyon avèk paran/responsab legal								

Dat pou pran medikaman/tretman:

Dat Kòmansman:_____jiska Fen ane lekòl la sof si ta gwen yon lòt endikasyon la:_____

Mwen siyen dokiman sa pou m bay enfimyè lekòl la, direktè oswa estaf lekòl la dezinye pou ede pitit mwen an pran medikaman doktè preskri li ak/oswa tretman lè li lekòl la ak lè li ap patisipe nan aktivite eskolè ofisyèl ki fèt an deyò lekòl la (F.S.1006.062). Mwen bay estaf Alachua County Public School yo pèmisyon pou kontakte doktè ak famasi pitit mwen an konsènan medikaman sa.

Mwen konprann lalwa di p ap gen responsablite nan ka administrasyon medikaman ak/oswa tretman sa yo tanke moun ki ap bay medikaman ak/oswa tretman sa yo aji tankou yon moun ki rezonab e pridan t ap fè nan sikonstans sanblab. **Mwen konprann se responsabilite mwen pou m renouvle medikaman ak akseswa tretman yo si nesesè, jan sa dekri pi wo a, anplis pou notifye pèsonèl lekòl la tout chanjman ki konsène eta sante pitit mwen an, medikaman yo, rekòmandasyon doktè yo ak/oswa tretman an.**

Paran/responsab legal _____ Relasyon: _____

Telefòn Kay la: _____ # Telefòn Travay la: _____ # Telefòn Selilè: _____

Siyati: _____ Dat: _____

Dat	Medikaman oswa Apwovizyonman	Kantite ki nan Boutèy	Kantite Dozaj/Envantè	Dat Ekspirasyon	Resesptè Inisyal	Temwen Inisyal

Siyati Resptè/Inisyal

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Siyati Temwen/Inisyal

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Dat	Medikaman oswa Apwovizyonman	Kantite ki nan Boutèy	Kantite Dozaj/Envantè	Dat Ekspirasyon	Resesptè Inisyal	Temwen Inisyal

Siyati Resptè/Inisyal

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Siyati Temwen/Inisyal

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Dat	Medikaman oswa Apwovizyonman	Kantite ki nan Boutèy	Kantite Dozaj/Envantè	Dat Ekspirasyon	Resesptè Inisyal	Temwen Inisyal

Siyati Resptè/Inisyal

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Siyati Temwen/Inisyal

_____
_____
_____
_____
_____
_____