



Serviços de Saúde

Formulário de autorização de tratamento/medicação

A administração de medicamentos/tratamentos durante o horário escolar ocorrerá somente quando o cronograma de medicação não puder ser ajustado de maneira que a administração possa ser feita em casa pelo pai/mãe/responsável.

Nome do aluno: _____ Data de nascimento: _____ Série: _____

Nome da escola: _____ Professor: _____

A seguinte seção deve ser preenchida pelo pai, mãe ou responsável legal:

Lista de condições de saúde e alergias da criança: _____

Nome do medicamento: _____ Concentração: _____

Formato: _____ Via: _____ Data de validade: _____

Quantidade a ser administrada: _____ Quantas vezes deve ser administrado: _____

Nome do médico responsável pela prescrição: _____

Doença ou condição para a qual foi prescrito: _____

Datas em que o medicamento deve ser administrado:

Data inicial: _____ até o final do ano letivo, a menos que indicado de outra forma aqui: _____

Medicamentos prescritos **PRECISAM** ter a etiqueta de prescrição inalterada, dentro do período de validade, no frasco. Essa etiqueta incluirá o nome da criança, o medicamento, a dose, a frequência de administração, o nome do médico e o nome e o número de telefone da farmácia.

Medicamentos que não precisam de prescrição médica **PRECISAM** ser adequados à idade e estar na embalagem original (com etiqueta da loja), dentro do período de validade, marcado com o nome do aluno. A dose do medicamento não pode ultrapassar a dose especificada na etiqueta sem ordem médica. Aspirina, produtos com aspirina e/ou produtos naturopáticos não serão administrados sem ordem médica.

Por meio deste documento, eu dou permissão para o enfermeiro, diretor ou profissional treinado designado pela escola auxiliar na administração do medicamento e/ou tratamento prescrito para meu filho enquanto ele estiver na escola, e fora da escola durante a participação em atividades oficiais da escola (F.S.1006.062). Eu permito que a equipe da Alachua County Public School entre em contato com o médico do meu filho e a farmácia para conversar sobre este medicamento.

Eu compreendo que a legislação determina que não haverá responsabilidades legais decorrentes da administração desse medicamento e/ou tratamento quando a pessoa que administrar o medicamento e/ou tratamento atuar como uma pessoa normalmente e razoavelmente prudente o faria na mesma situação ou em situação semelhante. **Eu compreendo que é minha responsabilidade fornecer reposições do medicamento conforme descrito acima, bem como suprimentos para tratamento quando necessário, além de notificar a equipe da escola de quaisquer mudanças na condição de saúde, medicamento, ordens médicas e/ou tratamento do meu filho.**

Nome do pai, mãe ou responsável: _____ Relação com a criança: _____

Núm. de telefone residencial: _____ Núm. de telefone de trabalho: _____ Núm. de telefone celular: _____

Assinatura: _____ Data: _____

Data	Quantidade no frasco	Número de doses/inventário	Data de validade	Rubrica do responsável pelo recebimento	Rubrica da testemunha

Assinatura do responsável pelo recebimento/rubrica

Assinatura da testemunha/rubrica
