



Serviços de Saúde

Formulário de autorização de tratamento/medicação de pessoa diabética

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

Nome da escola: _____ Professor: _____

Nome do médico responsável pela prescrição: _____ Alergias: _____

O Plano de gestão médica de diabetes (Diabetes Medical Management Plan, DMMP) do aluno será atualizado anualmente ou sempre que o medicamento ou a gestão da criança for alterada. Os pais/responsáveis têm a responsabilidade de fornecer a cópia mais atual do DMMP (ou das ordens médicas) da criança à escola.

O pai/mãe/responsável deve fornecer à escola o medicamento ou o medicamento de emergência da criança, dentro da data de validade, bem como os equipamentos/suprimentos de tratamento. Não serão prestados cuidados sem os medicamentos e/ou suprimentos adequados. Se medicamentos ou suprimentos não estiverem disponíveis, o pai/mãe/responsável precisará levá-los, tratar a criança na escola por conta própria ou levar a criança para casa. Se for necessária intervenção em caso de hipoglicemia ou hiperglicemia e o pai/mãe/responsável não puder ser contactado, o 911 será chamado para fornecer tratamento. **A seguinte seção deve ser preenchida pelo pai, mãe ou responsável legal:**

| Medicamento/suprimentos de tratamento | Insulina | Caneta de insulina | Bomba de insulina | Comprimidos de glicose | Glucagon | Tiras de medição de cetona | Tiras de medição/ teste | Lancetas |
|--|----------|--------------------|-------------------|------------------------|----------|----------------------------|-------------------------|----------|
| Validade | | | | | | | | |
| Autorização com rubrica do pai, mãe ou responsável | | | | | | | | |

Datas em que o medicamento/tratamento deve ser administrado:

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

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, no medicamento, nas ordens médicas e/ou no 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: _____

