



ПРОВІДНИЙ ШЛЯХ

Central Bucks Schools надасть усім учням академічні навички та навички вирішення проблем, необхідні для особистого розвитку, відповідального громадянства та навчання протягом усього життя.

Шановний батько/опікун!

Шкільний округ Central Bucks має політику щодо ліків, яка потребує дозволу як батьків, так і лікаря. Ліки призначатимуться учням у навчальний час лише тоді, коли такі ліки потрібні учневі, щоб залишитися в школі, і їх прийом потрібний у навчальний час. Ваша дитина не повинна приходити до школи з наркотичними засобами для знеболювання, оскільки ці ліки можуть викликати запаморочення, запаморочення та/або седативний ефект, що може заважати вашій дитині безпечно та ефективно працювати в школі.

Всі ліки, як рецептурні, так і безрецептурні, повинні зберігатися в шкільному санітарному кабінеті. Ліки призначатимуться учням у навчальний час лише за потреби та за призначенням лікаря. Шкільні медсестри не мають права видавати ліки без письмового розпорядження лікаря.

З письмового дозволу батьків накази медичного директора шкільного округу Central Bucks дозволяють введення ацетамінофену та ібупрофену відповідно до рекомендованих виробником доз. Будь-які відхилення від рекомендованої виробником дози ацетамінофену та ібупрофену потребують заповненої Форми відпуску ліків. Студентам доступні певні безрецептурні ліки. Ці ліки включають краплі від кашлю, мазь Неоспорин і антацидні таблетки. Застосування всіх інших рецептурних та безрецептурних засобів вимагає заповненої Форми відпуску ліків. Термін «ліки» включає ліки, що відпускаються за рецептом, а також ліки, що відпускаються без рецепта, наприклад, кортизоновий крем і ліки від кашлю тощо. Для заповнення Форми відпуску ліків потрібні підписи як батьків/опікунів, так і лікаря. Для кожного препарату необхідно заповнювати окремий бланк із зазначенням дозування.

Усі ліки, які призначає сертифікована шкільна медсестра та/або штатна медсестра, повинні бути доставлені безпосередньо шкільній медсестрі. Ліки в поліетиленових пакетах/пакетах, алюмінієвій фользі, конвертах, старих пляшках з-під таблеток або пляшках інших членів сім'ї неприйнятні та не будуть вводитися.

У випадках, коли бланк видачі ліків недоступний, а прийом ліків необхідний, шкільні медсестри можуть отримати усні розпорядження від лікаря, який призначає ліки. Однак будь-яке розпорядження про надання ліків у школі наступного дня або наступних днів має супроводжуватися заповненою формою видачі ліків, підписаною батьком/опікуном і лікарем. Відповідно до Закону 187 Шкільного кодексу та процедур CBSD, учням, яким потрібні аварійні інгалятори та Ері-реп, може бути дозволено носити та самостійно приймати ці ліки за підписаним розпорядженням лікаря, дозволу батьків та оцінки компетентності шкільної медсестри. З питаннями або проблемами звертайтеся до шкільної медсестри.

Ми цінуємо вашу співпрацю в цьому питанні. наша турбота – здоров'я та благополуччя наших студентів.

З повагою,

Стівен Янні, Ed.D.
Суперінтендант

**CENTRAL BUCKS SCHOOL DISTRICT
20 WELDEN DRIVE, DOYLESTOWN, PA 18901 - (267) 893-2000**

MEDICATION DISPENSING FORM

All medication, whether prescription or non-prescription, must be stored in the school health room and must be accompanied by a healthcare provider's order. The protocol for students who require medication in school is as follows:

- The healthcare provider must complete and sign the first section of this form, and the parent/guardian must complete and sign the second section, giving permission to administer the medication in school
- CBSD will accept a written order on a private prescription form attached to this form with the completed and signed parent/guardian second section of this form
- **Medication will not be administered to any student in school without completed orders in place. Failure to provide documentation will require the parent/guardian to be present in school to personally administer the medication**
- Medication must be delivered to the school nurse in the original labeled container. **All controlled medications, e.g. Ritalin, Concerta, Adderall, etc. must be delivered to the school nurse by an adult and will be counted and recorded on the student's medication log**

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN/NURSE PRACTITIONER/PHYSICIAN'S ASSISTANT/DENTIST

STUDENT'S NAME: _____ AGE: _____ GRADE: _____ SCHOOL: _____

NAME OF MEDICATION: _____ DOSAGE: _____ FREQUENCY: _____

SPECIAL CONSIDERATIONS: _____

REASON FOR MEDICATION: _____

EFFECTIVE DATES: FROM: _____ TO: _____

It is my understanding that Central Bucks School District employees charged with the administration of this treatment/procedure during school hours rely on directions contained in this document. I certify that I am the healthcare provider who prescribed this treatment and that the student named above is under my supervision as a patient.

SIGNATURE OF HEALTHCARE PROVIDER: _____

PRINTED NAME OF HEALTHCARE PROVIDER: _____

ADDRESS: _____

TELEPHONE: _____ FAX: _____ DATE: _____

TO BE COMPLETED BY PARENT/GUARDIAN

As the parent/guardian of the student named above, I hereby request that the treatment described above be administered to my child. I hereby release Central Bucks School District and its employees from liability for any and all damages my child may suffer as a result of this request.

SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN: _____

PRINTED NAME OF PARENT/GUARDIAN: _____

CELL PHONE: _____ WORK PHONE: _____