

**ШКОЛЬНЫЙ ОКРУГ ФИЛАДЕЛЬФИИ
ШКОЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЛУЖБА**

**ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ЛЕКАРСТВ, ИЛИ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КИСЛОРОДНОГО АППАРАТА, ИЛИ ДРУГОГО ОБОРУДОВАНИЯ В ШКОЛЕ
REQUEST FOR ADMINISTRATION OF MEDICATION OR USE OF SUCTION, OXYGEN OR OTHER EQUIPMENT IN SCHOOL**

(См. Обращение к врачу и родителям на обороте/Please see message to physician and parent on back of form) Physician, Please note: Fill in all of the spaces. Missing information will cause the form to be returned to you. This will cause a delay in your patient receiving medication/treatment. A separate request is needed for each medication.				Директору школы:
Имя пациента/ученика/Name of patient/student		Адрес, Индекс / Address/Zip		Комн. # /Room/book #
Дата рождения /DOB	№ школы /School/ORG.#	Район /Regional Office	Инд. № /PID	
Диагноз/Diagnosis:				
Почему лекарство должно быть принято в школе / Reason medication must be given in school: _____				
Название лекарства, оборудования, процедур/Name of medication /equipment/treatment:			Доза/Dose	
Время выдачи в школе /Time(s) to be given in school:			Полная доза за 24 часа/Total dosage per 24 hrs.	
Дата начала приема/Date begin:			Дата конца приема/Date end:	
Инструкция для выдачи/использования/Instruction for administration/utilization: _____				
Противопоказания/Contraindications: _____				
Побочные эффекты /Side effects: _____				
Что делать при побочных эффектах /Treatment of side effects/action to be taken: _____				
Нужны ли ограничения деятельности/Is any restriction on activity necessary? <input type="checkbox"/> Да /Yes <input type="checkbox"/> Нет /No Если ДА, объясните/If yes, describe: _____				
Принимает ли ученик другие лекарства /Is student taking any other medication? <input type="checkbox"/> Да /Yes <input type="checkbox"/> Нет /No Если ДА, перечислите/If yes, name of medications _____				
Используете ли вы такое оборудование дома /Is similar equipment kept by the child's family at home? <input type="checkbox"/> Да /Yes <input type="checkbox"/> Нет /No				
Фамилия врача,полномочия/Print name of health care provider/credentials			Телефон /Telephone	
Адрес /Address			Телефон для экстренных случаев /Emergency number	
Подпись врача /Signature of health care provider			Дата /Date signed	
<p>Я разрешаю отобранному школьному персоналу выдавать указанные лекарства, или использовать оборудование и технику в порядке, установленном врачом моего ребенка, подпись которого стоит на этой форме.</p> <p>Мой ребенок может самостоятельно принимать лекарства / управлять оборудованием, если это будет разрешено школьной медсестрой.</p> <p>Я разрешаю школьной медсестре общаться с врачом моего ребенка, а врачу при необходимости давать ответы о лекарстве/оборудовании и/или реакции моего ребенка.</p> <p>To the Principal</p> <p>I authorize selected school personnel to administer the indicated medication, or to use the equipment or machinery as prescribed by my child's healthcare provider, whose signature appears on this form.</p> <p>My child may self-administer medication/equipment as determined appropriate by the school nurse.</p> <p>I authorize the school nurse to communicate with my child's healthcare provider, and my health care provider to reply, as needed regarding this medication/equipment and/or my child's response.</p> <p>Подпись _____ Телефон _____ родителя Parent signature Telephone</p> <p>Дата _____ Телефон для экстренных _____ Date signed случаев Emergency number</p> <hr/> <p>В соответствии с действующей процедурой школьного округа, разрешение на прием этого лекарства было утверждено /In accordance with current school district procedure, the administration of this medication was approved on: _____ Дата/Date</p> <p align="center">(Сохранять в школе/Retain in school)</p> <p>Подпись школьной медсестры (Signature of School Nurse) _____</p> <p>Телефон школьной медсестры (Telephone of School Nurse) _____</p>				

ОБРАЩЕНИЕ К ВРАЧУ:

Your patient has requested that medication or equipment be utilized in school. Ideally, the administration of medication or utilization of equipment should take place at home. However, for students who require medication/treatment during the school day in order to function in the classroom, School District Policy does permit selected school staff to administer medication. In some cases, students may self-administer their medication.

School District Policy also permits the use of equipment/machinery in those instances where similar equipment is kept by the child's family at home, and such equipment/machinery is necessary in order to enable the student to function in the classroom. Instruction for use and precautions should be spelled out in detail.

(If your patient's medication or treatment schedule cannot be altered so that all are received at home, please complete the request on the reverse side-a separate request is required for each medication or treatment).

When the medication/treatment prescribed exceeds or differs from that approved by the FDA or recommended by the manufacturer, you and the child's parent will be required to submit written detailed information to the School Nurse. This must include a list of side effects and confirmation that all side-effects have been explained to and are understood by the parent. Any particularly dangerous conditions being experienced by the child should be spelled out in detail, with the procedure to follow should a reaction occur.

Please fill in all of the spaces. Missing information will cause the form to be returned to you. This will cause a delay in your patient receiving medication/treatment.

Thank you.

School Health Services

ОБРАЩЕНИЕ К РОДИТЕЛЯМ:

УВАЖАЕМЫЕ РОДИТЕЛИ / ОПЕКУНЫ!

Некоторые дети нуждаются в приеме лекарств или использовании специального оборудования для того, чтобы работать в классе. В идеале, это должно происходить в домашних условиях. Если график приема лекарства / использования оборудования не может быть изменен так, чтобы все можно было сделать дома, вы можете попросить, чтобы это было сделано в школе под присмотром школьной медсестры или директора.

Если медикаменты или лечение, назначенные вашему ребенку, отличаются от утвержденных FDA или производителем, Вы и Ваш врач должны будете представить школьной медсестре для утверждения дополнительную письменную информацию.

После того, как школьная медсестра одобрит запрос, вам надо будет принести в школу лекарство, должным образом маркированное и упакованное зарегистрированным фармацевтом. Контейнер для лекарства должен иметь Saf-T-закрывающиеся крышки, а на этикетке должны быть указаны:

Имя пациента	Дата рецепта (текущая)
Название аптеки	Название препарата, лекарственная форма, срок действия (при необходимости)
Адрес и телефон аптеки	Инструкции по применению
Номер рецепта	Имя врача, выписавшего рецепт

Услуги в школе будут предоставляться, только если у вас есть необходимое специальное оборудование. Вы должны предоставить оборудование, а также, при необходимости, обеспечить его ремонт и замену. После того, как ваш запрос будет одобрен, вам будет предложено привезти оборудование в школу и продемонстрировать его использование перед отобранными сотрудниками школы. Также необходимо предоставить инструкцию по эксплуатации оборудования. Эта процедура должна повторяться каждый учебный год и / или каждый раз, когда происходит изменение в дозировке.

Если ваш ребенок приносит лекарства в школу, в том числе лекарства, отпускаемые без рецепта, и принимает их самостоятельно, вы должны уведомить директора о том, что это за лекарства и для чего они нужны.

Родители/опекуны должны сами забирать неиспользованные или просроченные лекарства, или поручить это сделать ответственным взрослым, снабдив их запиской.

Неиспользованные препараты, которые не забрали в течение 10 дней или в последний день занятий в школе, будут уничтожены.

Если у Вас возникли вопросы, пожалуйста, обращайтесь к школьной медсестрой или к директору школы.

Спасибо!

Ознакомиться с переведенными на русский язык документами и с информацией на русском языке можно на сайте www.philasd.org/language/russian