

**Plano de Administração de Medicamentos**

A administração de medicamentos na escola é regulamentada pelo MGL Ch. 71 seg. 54B, 105 CMR 210.000 e política da SPS. Este formulário deve ser preenchido para medicamentos a serem administrados na escola e em eventos patrocinados pela escola. Todos os medicamentos devem ser entregues à enfermeira da escola pelos pais/responsáveis ​​no recipiente rotulado da farmácia com um pedido médico atual e, se necessário, um plano de ação de emergência.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do(a) Aluno(a) Data de Nascimento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome Pais/responsável Telefone Pais/responsável

Alergias do(a) aluno(a):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Epi-pen Prescrita? Sim ⃞ Não⃞

Se for alérgico a OVO, SOJA, LÁCTEOS ou TRIGO e estiver comendo refeições escolares, o *Formulário de Solicitação de Dieta Especial* deve ser preenchido com a enfermeira da escola.

Se for alérgico a OVO, os ovos podem ser consumidos como ingrediente em produtos de panificação? Sim Não

Nome da Medicação a Ser Tomada Na Escola: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esta Medicação Serve Para: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dose\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Horário/Frequência \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome e Telefone do Prescritor Licenciado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Outros Medicamentos Tomados em Casa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Informações Adicionais para a Enfermeira Escolar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sim Não

⃞ ⃞ O aluno precisa dessa medicação em passeios (para ser dado por uma enfermeira ou funcionário licenciado)

⃞ ⃞ O aluno precisa da medicação acima em dias de meio período (meio dia)

⃞ ⃞ O aluno pode carregar e auto-administrar inalador de resgate para asma, auto-injetor de epinefrina (Epi-Pen©), Enzimas CF, dispositivo de monitoramento de insulina e glicose se a enfermeira da escola concordar que é seguro e apropriado

* O formulário de autoadministração precisará ser preenchido e o plano feito com a enfermeira da escola

Eu li e revisei este plano de administração de medicamentos e concordo que ele pode ser compartilhado com a equipe da escola conforme necessário para a saúde e segurança do(a) meu/minha filho(a). Sim □ Não □

Dou permissão para que a enfermeira da escola do(a) meu/minha filho(a) entre em contato com o médico prescritor se mais informações ou esclarecimentos forem necessários. Sim □ Não □

Dou consentimento para que a enfermeira da escola administre ou supervisione a administração da medicação do(a) meu/minha filho(a) na escola e em eventos patrocinados pela escola. Sim □ Não □

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Assinatura Pais/Responsável) Data

Observação: as alterações de dose exigem ordens médicas atualizadas. Novas prescrições devem ser iniciadas em casa antes de serem administradas na escola. Os pais podem retirar a medicação a qualquer momento. Os medicamentos que não forem buscados no final do ano serão descartados conforme exigido pela lei estadual.