

**Consentimento para Administrar Medicamentos na Escola/Ordem Médica**

**ORDEM DO MÉDICO LICENCIADO**

(Para ser preenchido pelo médico, enfermeira ou outro provedor autorizado pelo capítulo 94C)

Aluno \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_ Série/Sala \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Alergia: \_\_\_\_\_

Medicamento	Dose	Route	Frequência	Horário
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____

Efeitos colaterais possíveis: \_\_\_\_\_

O estudante pode auto administrar inalador, EpiPen & insulina se a enfermeira determinar que é seguro e adequado  
SIM \_\_\_ NÃO \_\_\_

**NOTA: Sempre que possível, o medicamento deve ser administrado em casa, evitando-se o horário escolar.**

Nome do Médico \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**CONSENTIMENTO DOS PAIS/RESPONSÁVEIS PARA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS**

Eu autorizo a enfermeira da escola a administrar o seguinte remédio (s) a meu filho \_\_\_\_\_

Medicamento _____	Dose _____	Horário _____
Medicamento _____	Dose _____	Horário _____
Medicamento _____	Dose _____	Horário _____

Permissão para professor/adulto designado administrar medicamento(s) (excluindo psicotrópicos, diabéticos) durante passeios SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_

Permissão para compartilhar informações pertinentes a medicação com pessoal apropriado da escola:

SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_

Permissão para auto administrar se a enfermeira da escola determinar ser seguro e apropriado:

SIM \_\_\_\_\_ NÃO \_\_\_\_\_

**A medicação deve ser entregue por um adulto responsável no recipiente original rotulado da farmácia. Eu entendo que só pode ser mantido na escola suprimento de medicamento controlado para 30 dias.**

**Eu entendo que todos os medicamentos serão destruídos se não for pego até o último dia de escola.**

Assinatura dos Pais / Responsáveis \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Telefones: Casa \_\_\_\_\_ Trabalho \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_