

**ESCOLAS PÚBLICAS DE WORCESTER
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

PROTOCOLO ESCOLAR DE MEDICAÇÃO OU TRATAMENTO

Caros Pais/Responsável,

Portuguese

Nós gostaríamos de os informar sobre o protocolo que está em vigor para assegurar a saúde e a segurança das crianças durante o dia escolar.

O nosso sistema de ensino requer que os seguintes formulários estejam no arquivo, antes que possamos dar qualquer medicação ou tratamento na escola:

1. Consentimento assinado por pai/mãe/responsável para dar a medicação. Por favor complete o formulário, anexo, de consentimento e devolva à sua enfermeira escolar. Um consentimento assinado é requerido para cada medicação ou tratamento.
2. Autorização para medicação assinada pelo prestador dos cuidados de saúde de sua criança. Esta autorização deve ser preenchida anualmente ou como indicado pelo prestador. Uma autorização assinada é requerida para cada medicação ou tratamento

As medicações devem ser entregues à enfermeira escolar, em uma embalagem de farmácia ou com etiqueta dos fabricantes, por você ou por outro adulto responsável. Por favor peça ao farmacêutico que forneça embalagens separadas para a escola e para casa. Não mais de trinta dias de provisão de medicina deverá ser entregue à escola.

Quando sua criança precisar que lhe seja dada uma medicação, durante o dia escolar, atue rapidamente, por favor, para seguir este protocolo de modo a podermos começar a dar a medicação o mais cedo possível. Obrigada pela sua cooperação.

Atenciosamente,

Enfermeira Escolar

Telefone: (508) 799-
FAX: (508) 799-

As Escolas Públicas de Worcester são um Empregador de Ação Afirmativa / Instituição Educativa de Oportunidades Iguais e não discriminam com base em raça, cor, gênero, idade, religião, origem nacional, identidade de gênero, situação marital, orientação sexual, deficiência, ou falta de abrigo. As Escolas Públicas de Worcester oferecem acesso igual ao emprego e à total variedade de programas de educação geral, ocupacional e vocacional. Para mais informações relacionadas com Oportunidade Igual / Ação Afirmativa, contate com o/a Gestor(a) de Recursos Humanos, 20 Irving Street, Worcester, MA 01609, 508-799-3020.

Medication Protocol Parent Letter Rev. 08/17

**** Anexo: Formulário de Consentimento e Autorização de Administração de Medicação para prestadores de serviços de saúde e pais/responsável**

ESCOLAS PÚBLICAS DE WORCESTER
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
AUTORIZAÇÃO & CONSENTIMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO
(toda a medicação por prescrição & não-prescrição)

Portuguese

Ano Escolar: 2020-2021

LICENSED PRESCRIBER

Student: _____ Date of Birth: _____ Grade: _____

Medication: _____ Dosage: _____ Route: _____

Frequency: _____ Time(s) of Administration in school: _____

Specific directions or information for administration: _____

Side Effects: _____

Date of Order: _____ **Discontinuation Date:** _____

(Please note: Whenever possible, medication should be scheduled at times other than school hours)

Consent for self-administration (provided the school nurse determines it is safe and appropriate): Yes: No:

Diagnosis: _____ Other medical condition(s): _____

Printed Name of Prescriber (legibly)

Signature of Prescriber

PAI/MÃE/RESPONSÁVEL

Meu/minha filho(a) tem as seguintes alergias a comida ou drogas _____

Consinto que a Enfermeira Escolar administre a medicação prescrita pela pessoa licenciada para receitar, acima mencionada.

___ Sim ___ Não

Dou permissão para que esta medicação seja dada à minha criança por um membro do pessoal escolar escolhido pelo(a) diretor(a) e treinado pela enfermeira, se uma enfermeira não estiver presente em passeios escolares patrocinados pela escola.

___ Sim ___ Não

Dou permissão para que meu/minha filho(a) auto-administre esta medicação se a Enfermeira Escolar decidir que é seguro e apropriado.

___ Sim ___ Não

Dou permissão à Enfermeira Escolar para compartilhar informação relevante para a medicação prescrita como ela determinar apropriado.

___ Sim ___ Não

Li os seguintes requisitos para administração de medicação pela Enfermeira Escolar:

A medicação deve estar na embalagem de prescrição original e apropriadamente rotulada.

Não é permitido que estudantes menores de 18 anos de idade possuam/transportem qualquer medicação, incluindo Tylenol de, e para a escola.

Pai/Mãe/Responsável deverá trazer a medicação e apanhá-la no final do ano escolar.

A lei de estado exige que qualquer medicação não apanhada seja destruída.

As autorizações para medicação têm efeito somente para o presente ano escolar/programa de verão.

Assinatura de Pai/Mãe/Responsável _____ Data _____