

School Year: **2020-2021**

**MEDICATION RECORD**

Order good for up to end of one school year

School: \_\_\_\_\_

Prescription     Non-prescription

\*\*\*Medication Expiration Date: \_\_\_\_\_\*\*\*

**PHYSICIAN AUTHORIZATION** (To be completed by the Physician) **Student:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_

Name of Medication: \_\_\_\_\_ Dosage/Route \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ or for PRN, every \_\_\_\_\_ hours.

Reason medication is prescribed: \_\_\_\_\_ Start date: \_\_\_\_\_ Stop Date: \_\_\_\_\_

Significant information/Instructions/Contraindications: \_\_\_\_\_

**Licensed Health Care Provider Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

**DAILY MEDICATION LOG**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Aug.	█	█						█	█						█	█						█	█							█	█	
Sept.					█	█						█	█						█	█						█	█				█	
Oct.				█							█							█	█					█								
Nov.	█							█	█						█	█						█	█			█	█	█	█	█		█
Dec.					█	█						█	█						█	█			█	█	█	█	█	█	█	█	█	
Jan.	█	█	█								█	█				█	█						█	█							█	█
Feb.						█	█						█	█								█	█					█	█	█	█	█
Mar.						█	█						█	█								█	█					█	█			
Apr.				█	█							█	█						█	█					█	█						█
May	█	█													█	█							█	█							█	█
June					█	█							█	█													█	█				

\_\_\_\_\_  
Initials Name                      Initials Name                      Initials Name

\_\_\_\_\_  
Initials Name                      Initials Name                      Initials Name

School Nurse: \_\_\_\_\_ Review Date: \_\_\_\_\_

Acceptable Codes: AB=absent T=tardy SD=School Delay  
 ED=Early Dismissal NS=No School FT=Field Trip  
 NMS=No medication at school DC=Discontinue medication

Variance Codes: VO=Omitted Dose VW=Wrong Child  
 VD=Wrong dose/amount VM=Wrong medication  
 VT=Wrong Time VR=Wrong Route VS=Student Refused

PHOTO  
HERE

### C. Parent Request for Medication to be given during school Hours

**Форма-требование о выдаче лекарств ребёнку в школе.** (Родители, пожалуйста, заполните и возвратите данную форму в администрацию школы)

Authorization: Настоящим, я даю разрешение на выдачу лекарства моему ребёнку \_\_\_\_\_ в течение школьных часов. Как родитель/опекун, я принимаю ответственность за любые побочные реакции, которые могут быть вызваны при употреблении данного лекарства моим ребёнком. Я согласен/на принести, прописанное лекарство в аптечной упаковке. Лекарства, отпускаемые без рецепта, будут принесены в школу в закрытой оригинальной упаковке.

Signature of Parent/Guardian (Подпись пациента или опекуна) \_\_\_\_\_ Date (Дата) \_\_\_\_\_

Home phone # Домашний телефон: \_\_\_\_\_ Work phone # Рабочий телефон: \_\_\_\_\_

Контактное лицо в экстренных случаях: \_\_\_\_\_ Emergency #: Номер телефона в экстренных случаях: \_\_\_\_\_

### AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL INFORMATION

Разрешение на передачу медицинской информации,

Настоящим разрешаю передачу врачом (имя врача) \_\_\_\_\_ определённой конфиденциальной медицинской информации, содержащейся в истории болезни моего ребёнка, школьной медсестре или директору школы. Данная информация предоставляется в целях обеспечения персоналом школы медицинских услуг моему ребёнку во время школьных часов.

Имя ребёнка: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_

Кому: \_\_\_\_\_  
Название школы \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_ Подпись родителя/Опекуна \_\_\_\_\_

Permission to fax: Я даю разрешение школьной администрации отправлять по факсу записи, касающиеся выдачи лекарства в школе, врачу моего ребёнка (при необходимости) на подпись. Я даю разрешение врачу моего ребёнка отправить данную форму по факсу в школу. Я понимаю, что школьная администрация не может гарантировать конфиденциальность передачи информации по факсу.

Signature of parent/guardian Подпись пациента или опекуна: \_\_\_\_\_ Date (Дата) \_\_\_\_\_

### D. Medication Check-In/Check Out Log (Журнал прихода/ухода лекарственных средств)

Date/Time Дата/Vremja	Medication/Dose Лекарство/ Доза	Amount Received Получено	Amount on hand Остаток	Received by (Signature) Кем получено (Подпись)	Signature of Witness Подпись свидетеля

### E. Medication Disposal / Destroyed Log (If not picked up)

Журнал списания/уничтожения лекарственных средств  
(если родители не забрали лекарство)

Date Дата	Medication Лекарство	Amount Количество	Signature of RN Подпись медсестры	Signature of Witness Подпись свидетеля