



健康服务

糖尿病药物/治疗授权表

学生姓名: _____ 出生日期: _____ 年级: _____

学校名称: _____ 教师: _____

开处方医生姓名: _____ 过敏史: _____

学生的糖尿病医疗管理计划 (Diabetes Medical Management Plan, DMMP) 将每年更新一次, 或者在儿童的药物或管理有变时更新。父母/监护人有责任向学校提供其子女的最新 DMMP (或医嘱) 副本。

父母/监护人必须向学校提供其子女在有效期内的药物/急救药物和治疗设备/用品。如果没有足够的药物和/或医疗用品, 将无法提供护理。如果没有药物或医疗用品, 我们会要求父母/监护人将医疗用品带到学校、亲自前来学校为儿童提供治疗或者带儿童回家。如果出现低血糖或高血糖症状并且需要采取干预措施, 同时无法联系到其父母/监护人, 将拨打 911 寻求治疗。以下部分由父母或法定监护人填写:

药物/医疗用品	胰岛素	胰岛素笔	胰岛素泵	葡萄糖片	胰高血糖素	酮体试纸	血糖仪/试纸	采血针
到期时间								
父母/监护人姓名 首字母授权								

给予药物/治疗的日期:

开始日期: _____ 至学年结束, 除非此处另行说明: _____

本人特此授权学校护士、校长或经过培训的学校指定工作人员在本人子女上学期间和放学之后参加学校官方活动期间协助给予处方药和/或治疗 (F.S.1006.062)。本人许可 Alachua County Public School 的工作人员就此药物联系本人子女的医生和药房。

本人理解, 根据法律规定, 如果给予此类药物和/或治疗之人的行为与在相同或类似情况下通常合理谨慎之人的行为一样, 则无需因给予此类药物和/或治疗而承担任何责任。本人明白, 本人有责任在必要时提供上述药物补给和医疗用品, 并且有责任将本人子女的健康状况、药物、医嘱和/或治疗的任何变化通知学校工作人员。

父母/监护人姓名: _____ 关系: _____

住宅电话号码: _____ 工作电话号码: _____ 手机号码: _____

签名: _____ 日期: _____

