|  |  |
| --- | --- |
| SAMPLE: INSERT LOGO/SAU/SCHOOL NAME | AUTORIZAÇÃO PARA A ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOSANO LETIVO \_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | Data de nascimento | Série | *Coloque a foto da criança aqui* |
| Alergias |
| *Observação: Os medicamentos prescritos devem estar na embalagem original, indicando as seguintes informações: nome da criança, medicamento, dose, via, horário de administração e profissional que receitou o medicamento. Os medicamentos de venda livre devem estar na embalagem original, com rótulos claros.*DECLARAÇÃO FEITA POR PAI, MÃE E/OU RESPONSÁVEL: Solicito que os medicamentos listados abaixo sejam administrados à criança identificada acima. - Entendo que os medicamentos não podem estar vencidos. - Entendo que, na ausência do pessoal da enfermaria, alguém da equipe escolar que tenha recebido treinamento poderá administrar os medicamentos. - Entendo que a enfermaria poderá entrar em contato com o consultório médico ou a farmácia a respeito dos medicamentos. - Avisarei a escola imediatamente se o medicamento for alterado. - Entendo que esse medicamento será destruído de acordo com as exigências federais da DEA, a menos que seja retirado da enfermaria até o final do último dia letivo do ano.• Autorizo a enfermaria a compartilhar os dados médicos da criança com o pessoal apropriado dentro da escola ou com a equipe médica a fim de manter a segurança contínua da criança na escola.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Assinatura (pai, mãe e/ou responsável) | Data | Nome por extenso |
| Telefone residencial/celular | Número de emergência |
| Outros medicamentos tomados em casa |

DECLARAÇÃO FEITA POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE: Este medicamento é necessário durante o horário escolar para melhorar ou manter a saúde da criança. A enfermaria pode entrar em contato comigo a respeito deste medicamento. A criança identificada acima deve receber o medicamento receitado para tratar o seguinte problema de saúde:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome do medicamento | Dose  | Via  |
| Horário | Data de início  | Data de término |
| Possíveis efeitos colaterais | Instruções especiais |
| Assinatura de quem emitiu a receita  | Data |
| Nome por extenso | Telefone |
| Endereço |
| Assinatura (enfermaria) | Data |
| Nome por extenso | Escola |

 |