|  |  |
| --- | --- |
| SAMPLE:  INSERT LOGO/SAU/SCHOOL NAME | AUTORIZAÇÃO PARA A ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS  ANO 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 | | | | |