

2009-2010 學年
監測血糖、用藥和飲食需要：
家長/監護人同意和授權書

本人謹此授權有關方面：(1) 監測我的子女的血糖，(2) 根據附上的本人子女醫生的指示而向本人子女提供處方治療和/或 (3) 在校處理其低血糖急症。本人明白本人必須提供所有必要的零食、器材和用品，而且如果上述的處方或指示有任何改變，本人必須立即通知校長和/或其指定的代表，特別是學校的護士。

我明白，這一授權的有效期僅截止到以下兩個日期中的較早日期：(1) 2010 年 6 月 30 日；（如果學生參加紐約市教育局（以下簡稱「教育局」）主辦的暑期教學計劃，則本有效期可能延至 8 月底）；或者 (2) 本人將本人子女的醫生就上述監測和治療的實施而開出的新處方或指示交予校長、其指定的代理人 and 學校護士的時候。

本人知道，紐約市教育局（以下簡稱「教育局」）、其代理人以及健康及心理衛生局（Department of Health and Mental Hygiene, 簡稱 DOHMH），有責任確保醫療室和本人子女可能接受血糖檢查的任何其他地方是安全的。本人將盡力為學校提供安全刺血針和其他較安全的針管器材，以便進行血糖的監測和胰島素的注射。

本人遞交這份「糖尿病藥物施用表」（Diabetes Medication Administration Form），是爲了要求教育局和紐約市健康和心理衛生局（DOHMH）透過學校健康辦公室（Office of School Health, 簡稱 OSH）為本人的子女提供特定的健康服務。我明白，這些服務當中的部分服務可能需要 OSH 的一位醫生進行一次評估，看一看我的子女對處方藥有何反應。這份表格包括關於提供上述所要求的健康服務的全部和完整的說明。本人明白，教育局、DOHMH 和它們的代理人及涉及提供上述所要求的健康服務的僱員，全靠在這表格上所提供的資訊的準確性來提供服務。本人希望本人子女所接受的健康服務是按照在這表格上所提供的資訊和說明而提供的。我也知道，教育局、DOHMH 和它們的代理人對於本人子女對這種藥物所產生的任何不良反應不負責任。

本人知道這表格並不是教育局或 DOHMH 提出的協議，以提供本人所要求的服務，而是本人要求、同意和授權此類服務。如果這些服務一旦被確定是必要的，「學生特殊照顧計劃」（Student Accommodation Plan）也可能有必要提供，而這份計劃將由校方負責填寫。

本人謹此授權教育局、DOHMH 和它們的僱員及代理人，可以聯絡、諮詢任何保健機構和/或藥劑師並向其索取任何他們認爲合適的進一步的資訊，這些資訊涉及本人子女的醫療狀況、用藥和/或治療。

請在下面清楚填寫家長/監護人的姓名及地址：

家長/監護人簽名

簽署的日期

日間電話號碼/住宅電話號碼

不要填寫以下部分
(FOR DOE AND DOHMH ONLY)

Student's Name: _____		OSIS No: _____	
Received by: _____	_____	Reviewed by: _____	_____
Name	Date	Name	Date
Referred to School 504 Coordinator: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Self-Monitors: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Services provided by: <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> DOHMH Public Health Adv. <input type="checkbox"/> School Based Clinic <input type="checkbox"/> DOE School Staff			
Signature and Title: _____		_____	
(RN OR SMD)		(Date school notified and form forwarded to DOE liaison)	
09-10			