

**КОНТРОЛЬ УРОВНЯ САХАРА В КРОВИ РЕБЁНКА, ВЫДАЧА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ
И СОБЛЮДЕНИЕ ДИЕТИЧЕСКИХ ТРЕБОВАНИЙ: СОГЛАСИЕ (РАЗРЕШЕНИЕ) РОДИТЕЛЕЙ И ОПЕКУНОВ
2009-2010**

Настоящим уполномочиваю: (1) осуществлять контроль уровня сахара в крови моего ребёнка, (2) проводить назначенные врачом лечебные процедуры и (или) (3) купировать гипогликемическое состояние на территории школы в соответствии с прилагаемыми указаниями лечащего врача ребёнка. Я понимаю, что я обязан предоставить все необходимые пищевые продукты, приспособления и материалы, а также незамедлительно уведомлять директора школы и (или) назначенных им лиц, прежде всего школьную медсестру, обо всех изменениях в вышеперечисленных назначениях и указаниях врача.

Я понимаю, что настоящее разрешение остаётся в силе до (1) 30 июня 2010 г. (данное предписание может быть продлено до конца августа, если учащийся посещает занятия летней учебной программы Департамента образования) или (2) до момента, когда мною будут представлены директору школы и (или) назначенному им лицу и школьной медсестре новые назначения или указания, выданные врачом ребёнка в отношении указанных выше процедур, в зависимости от того, что наступит раньше.

Мне известно, что Департамент образования (New York City Department of Education, DOE) и его представители, а также Департамент здравоохранения г. Нью-Йорка (New York City Department of Health and Mental Hygiene, DOHMH), несут ответственность за обеспечение безопасных условий в медицинском кабинете и в любых других помещениях, где проводится проверка содержания сахара в крови моего ребёнка. Я приложу все усилия по обеспечению школы безопасными ланцетами для контроля уровня глюкозы и приспособлениями для введения инсулина.

Подавая настоящую форму выдачи лекарственных препаратов больным диабетом (Diabetes Medication Administration Form), я прошу Департамент образования и Департамент здравоохранения обеспечить оказание моему ребёнку определённых видов медицинских услуг через отдел школьного здравоохранения (Office of School Health). Я понимаю, что услуги могут включать проведение врачом отдела школьного здравоохранения оценки реакции моего ребёнка на назначенный лекарственный препарат. В настоящей форме предоставлены полные и исчерпывающие указания по предоставлению запрашиваемого выше вида медицинских услуг.

Я понимаю, что Департаменты образования и здравоохранения, их представители и сотрудники, причастные к оказанию запрашиваемых выше медицинских услуг, рассчитывают на достоверность информации, приведённой мною в настоящей форме.

Прошу обеспечить медицинское обслуживание моего ребёнка в соответствии с информацией и указаниями, приведёнными в настоящей форме. Я понимаю, что DOE, DOHMH и их представители не несут ответственности за нежелательную реакцию организма на данный препарат.

Мне известно, что данная форма не является согласием Департамента образования или Департамента здравоохранения на оказание запрашиваемых услуг, а представляет собой мой запрос, согласие и разрешение в отношении таких услуг. В случае признания необходимости услуг, администрация школы может составить план по адаптации (Student Accommodation Plan).

Настоящим разрешаю Департаментам образования и здравоохранения, их сотрудникам и представителям обращаться за консультациями и любой необходимой дополнительной информацией относительно состояния здоровья, принимаемых лекарств и (или) лечения моего ребёнка к любым поставщикам медицинских и (или) фармацевтических услуг.

**Имя, фамилия и адрес родителя или опекуна
(печатными буквами):**

Подпись родителя или опекуна

Дата подписи

Дневной телефон

Вечерний телефон

**НЕ ПИШИТЕ НИЖЕ ЭТОЙ ЛИНИИ (РАЗДЕЛ ЗАПОЛНЯЕТСЯ СОТРУДНИКАМИ DOE И DOHMH)
DO NOT WRITE BELOW (FOR DOE AND DOHMH ONLY)**

Student's Name: _____

OSIS No: _____

Received by: _____
Name Date

Reviewed by: _____
Name Date

Referred to School 504 Coordinator: Yes

No

Self-Monitors:

Yes

No

Services provided by: Nurse

DOHMH Public Health Adv.

School Based Clinic

DOE School Staff

Signature and Title: _____
(RN OR SMD)

(Date school notified and form forwarded to DOE liaison)