

**LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT**  
Medical Services Division

**REQUEST FOR MEDICATION TO BE TAKEN DURING SCHOOL HOURS**

(See reverse for instructions)

(To be completed by a CA Licensed Health Care Provider, or a physician or surgeon from Mexico contracted with a bi-national health plan who prescribes self-administered, inhaled asthma medication in accordance with C.E.C. Section 49423.1)

Student Name \_\_\_\_\_  
Last First Gender Birth date School

Name of Medication \_\_\_\_\_ Strength: \_\_\_\_\_ Dosage prescribed at school: \_\_\_\_\_ Route: \_\_\_\_\_

Start date at school \_\_\_\_\_ Time schedule at school \_\_\_\_\_ If PRN, indicate parameters: \_\_\_\_\_

Special instructions and/or comments (SIG): \_\_\_\_\_

The medication may have adverse side effects (explain) \_\_\_\_\_

Purpose of Medication or diagnosis \_\_\_\_\_ ICD Code \_\_\_\_\_

How long is medication to be taken ☐ 1 Year ☐ short-term \_\_\_\_\_  
Date medication to be discontinued or # of days to be given

The student for whom this medication is prescribed is under my care.

\_\_\_\_\_  
Print name/Title Signature Date

\_\_\_\_\_  
Address City State Zip Code ( ) Telephone

Print name of Supervising Physician \_\_\_\_\_ (NP, Midwife, PA)

Furnishing Number \_\_\_\_\_ (NP/Midwife)

校內用藥申請表  
(由家長/監護人填寫)

本人要求本人的孩子\_\_\_\_\_在校期間獲得協助使用處方藥物。本人承擔供應所有藥物的全部責任，並將親自或委託其他負責任的成人將藥物送至學校，同時同意遵守文件背面所列的學區政策與程序。本人授權學校與指定的醫療保健提供者及藥劑師，就校內用藥事宜交換相關醫療資訊。

\_\_\_\_\_  
日期 家長/監護人/18 歲學生簽名 正楷姓名  
( ) ( ) ( )  
家庭電話 工作電話 行動電話

**Licensed Nurse Acknowledgement of Completeness and Meets District Guidelines**

_____ Printed Name of Nurse	_____ Signature	_____ Title (RN, LVN)	_____ Date
--------------------------------	--------------------	--------------------------	---------------

## 學區關於在校期間用藥的規定

1. 處方藥物必須由美國藥房明確標籤，並包含以下資訊（需與持照醫療保健提供者的處方一致）：
  - ◆ 學生全名
  - ◆ 醫師全名
  - ◆ 校內用藥劑量
  - ◆ 學校用藥時間表——每日具體給藥時間
  - ◆ 給藥途徑（即口服、外用、鼻噴等）
2. 表格正面還應包括：
  - ◆ 用藥需持續多久？1 年或短期時間：（註明停藥日期或用藥天數）
  - ◆ 用藥目的或診斷（即適應症）
3. 除家庭備藥外，家長/監護人可向藥房申請第二個標籤完整的藥瓶供學校使用。註：劑量、途徑和持續時間必須與「校內用藥申請表」和藥房標籤上的資訊一致。
4. 經此申請授權的非處方藥（櫃台藥）僅在藥品以原始包裝提供時方可於學校使用。
5. 「校內用藥申請表」必須每年更新一次。
6. 當學生的用藥、健康狀況或授權醫療提供者發生變化時，家長/監護人應通知學校護士或校方管理人員，並提供新的「校內用藥申請表」。
7. 學校管理人員或其指定人員將負責將藥品存放於上鎖的櫃子、儲存室或上鎖的冰箱中。
8. 學校管理人員、其指定人員或學校護士將負責在學年結束時將未使用的藥品歸還給家長/監護人。
9. 若學生在外出活動期間需用藥，必須透過學校護士進行安排。
10. 所有注射用藥均需特殊安排。
  - a. 定期或按需使用的注射用藥（如胰島素）必須由持照醫療提供者施打，並需特殊安排。
  - b. 緊急情況下使用的注射用藥需特殊安排，並由持證學校護士/醫生對志願學校工作人員進行培訓。
11. 每種藥物均需單獨的書面授權。