



# Autorisation pour Administrer un Traitement Prescrit par un Médecin

Agrément de Décharge et d'Indemnisation  
(Release and Indemnification Agreement)

MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS  
MONTGOMERY COUNTY DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES  
Rockville, Maryland 20850

Formulaire 525-12 de MCPS  
Février, 2019  
Page 1 de 2

## PARTIE I: À REMPLIR PAR LE PARENT/TUTEUR LÉGAL

Je certifie et autorise par la présente, Montgomery County Public Schools (MCPS) ainsi que le personnel de Montgomery County Department of Health and Human Services (DHHS) à administrer le médicament prescrit tel qu'indiqué par le prescripteur autorisé, (Partie II, ci-dessous). Je conviens de libérer, dédommager, défendre et tenir exempt de toutes responsabilités MCPS et DHHS ainsi que chacun de leurs fonctionnaires, membres du personnel, employés ou agents de toute poursuite judiciaire, de toute réclamation, demande, ou, de toute action, pour avoir administré le traitement à cet élève, à condition que les membres du personnel de MCPS et de DHHS suivent les ordonnances autorisées par le prescripteur tel que décrit dans la Partie II ci-dessous. Je suis conscient que le traitement peut être administré par un fonctionnaire, un membre du personnel, un employé ou un agent de MCPS et/ou de DHHS ayant reçu une formation d'un professionnel de la santé autorisé.

Nom de l'Élève: Nom, \_\_\_\_\_ Prénom, \_\_\_\_\_ Initiale du Deuxième Prénom \_\_\_\_\_

Numéro D'Identification de MCPS \_\_\_\_\_ Date de Naissance \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nom de l'École \_\_\_\_\_

Signature, Parent/Tuteur Légal \_\_\_\_\_ Numéro de Téléphone \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## PART II: TO BE COMPLETED BY THE AUTHORIZED PRESCRIBER (PARTIE II: À REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR AUTORISÉ)

I understand that treatments may be administered in MCPS by non-health professionals. These individuals may be employees of MCPS who are designated to administer the treatment(s), or the DHHS School Health Room Technician. These persons will be trained by the School Community Health Nurse (SCHN) to give the specific treatment.

Treatment \_\_\_\_\_ Diagnosis \_\_\_\_\_

Frequency of administration (ranges not accepted, i.e. every 2 to 4 hours) \_\_\_\_\_

If PRN specify when indicated (signs/symptoms) \_\_\_\_\_

Treatment orders effective  Current school year, **or**  Effective dates \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ to \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Possible complications and/or special considerations

Equipment needed for treatment, including any special care and handling

Symptoms/observations to be reported

List other condition(s) and/or diagnosis(es) of student that staff need to be aware of

Authorized Prescriber's Name (print/type) \_\_\_\_\_

Authorized Prescriber Signature \_\_\_\_\_

Phone Number \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## PART III: TO BE COMPLETED BY THE SCHOOL COMMUNITY HEALTH NURSE OR PRINCIPAL (PARTIE III – À REMPLIR PAR L'INFIRMIÈRE EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE SCOLAIRE OU LE DIRECTEUR)

Parts I and II are complete, including signatures.

Signature, School Community Health Nurse (SCHN)/Principal \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## DIRECTIVES/INFORMATIONS

“Un traitement médicalement prescrit” ne signifie pas des “services médicaux” tel que défini dans les règlements du *Individuals with Disabilities Education Act*, (*Loi sur l'Éducation des Personnes Handicapées*) 34 C.F.R. Section 300.13, et/ou tel que défini dans le *Code of Maryland Regulations* (*Code de Règlements du Maryland*), 13A.05.01.02. **Ce formulaire doit être utilisé en consultation avec l'Infirmière de Santé Publique Basée à l'École pour des traitements tels que: le cathétérisme urinaire, la trachéotomie, la Sonde d'alimentation de gastrostomie et l'aspiration par voie orale. Ces conditions sont uniquement des illustrations de traitements typiques et ne représentent pas une liste exhaustive. Consultez le/la SCHN pour plus d'informations.**

1. Le parent/tuteur légal est responsable de demander au prescripteur autorisé de remplir les informations (Partie II) dans le présent formulaire, le signer (Partie I) et le retourner à l'école. Celui-ci est uniquement valide durant l'année scolaire au cours de laquelle il a été signé. Un nouveau formulaire doit être soumis chaque année, et chaque fois qu'il y a un changement dans le traitement médical ou dans les conditions selon lesquelles le traitement est administré.
2. Le directeur/la directrice **et/ou** l'Infirmier(ère) veillera à ce que tous les éléments du formulaire soient remplis. **Ce formulaire doit être enregistré dans le dossier médical de l'élève.**
3. Il incombe au parent/tuteur légal de fournir le matériel nécessaire pour administrer le traitement et pour maintenir le matériel en bon état de fonctionnement. En outre, il incombe au parent/tuteur légal de récupérer le matériel fourni au plus tard une semaine après la fin de l'année scolaire.
4. Aucun médicament ne sera administré à l'école ou durant les activités organisées par l'école sans l'autorisation ou décharge signée du parent/tuteur légal et sans une ordonnance écrite par le prescripteur autorisé.
5. L'Infirmier(ère) de l'école appellera le prescripteur, tel qu'autorisé par *Health Information Portability and Accountability Act of 1996* (HIPAA) (l'Acte de 1996 sur la Santé et l'Apport et Responsabilité de l'Assurance), s'il y a des questions concernant l'élève et/ou le traitement prescrit pour l'élève.