

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

**AUTHORISATION POUR ADMINISTRER LES  
MÉDICAMENTS PRESCRITS**  
**Accord de Dispense et d'Indemnisation**  
AUTHORIZATION TO ADMINISTER PRESCRIBED MEDICATION  
Release and Indemnification Agreement - French

**PARTIE I—DEVANT ÊTRE REMPLIE PAR LE PARENT/LE TUTEUR**

Je demande et autorise par la présente lettre le personnel de Montgomery County Public Schools (MCPS) et Montgomery County Department of Health and Human Services (MCDHHS) d'administrer le médicament prescrit par le médecin (Partie II ci-dessous). Je consens de dispenser, de garantir, et de ne pas tenir responsable MCPS et MCDHHS et aucun de leurs fonctionnaires, membres du personnel, ou agents de procès, revendication, demande, ou d'action contre eux en relation avec l'administration de médicaments prescrits à cet élève, pourvu que le personnel de MCPS et MCDHHS suivent l'ordre du médecin comme écrit dans la partie II ci-dessous. J'ai lu les procédures expliquées au verso de ce formulaire et j'assume les responsabilités comme exigé.

I hereby request and authorize Montgomery County Public Schools (MCPS) and Montgomery County Department of Health and Human Services (MCDHHS) personnel to administer prescribed medication as directed by the physician (Part II below). I agree to release, indemnify, and hold harmless MCPS and MCDHHS and any of their officers, staff members, or agents from lawsuit, claim, demand, or action against them for administering prescribed medication to this student, provided MCPS and MCDHHS staff are following the physician's order as written in Part II below. I have read the procedures outlined on the back of this form and assume the responsibilities as required.

Élève: \_\_\_\_\_ Date de Naissance: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ École: \_\_\_\_\_  
Student: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_

Prescription:  Renouvellement  Nouveau  
Prescription:  Renewal  New

En cas de nouveau médicament, le dosage du  
premier jour complet a été donné à la maison le: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
If new, the first full day's dosage was given at home on: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Veillez faire la liste de tout médicament ou tous les médicaments que l'élève prend, y compris le (s) médicament (s) ne nécessitant pas d'ordonnance du médecin (en vente libre):

List all medication(s) student is taking, including over-the-counter medication(s):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Signature du Parent/Tuteur / Parent/Guardian Signature*

\_\_\_\_\_  
*Numéro de Téléphone / Phone Number*

\_\_\_\_\_  
*Date/Date*

**PART II—TO BE COMPLETED BY THE PHYSICIAN/DEVANT/DEVANT ÊTRE REMPLIE PAR LE MÉDECIN**

The Montgomery County Department of Health and Human Services and the Montgomery County Public Schools discourage the administration of medication to students in school during the school day. Any necessary medication that possibly can be administered before and after school should be so prescribed. Only non-parenteral medications are administered except in septic emergency situations. School personnel will, when it is absolutely necessary, administer medication to students during the school day and while participating in outdoor education programs and overnight held trips, according to the procedures outlined on the back of this form.

**PLEASE USE A SEPARATE FORM FOR EACH MEDICATION**

Name of Medication: \_\_\_\_\_ Diagnosis: \_\_\_\_\_  
*Trade name and/or generic*

Dosage: \_\_\_\_\_ Time(s) To Be Given At School: \_\_\_\_\_

Route of Administration: \_\_\_\_\_ Effective Dates: \_\_\_\_\_  
From \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ To \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Side Effects: \_\_\_\_\_

If PRN, specify:

When indicated  
(signs/symptoms) \_\_\_\_\_

Frequency of administration \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Physician's Name (print/type)*

\_\_\_\_\_  
*Physician Signature*

\_\_\_\_\_  
*Phone Number*

\_\_\_\_\_  
*Date*

**SELF-CARRY/SELF-ADMINISTRATION OF EMERGENCY MEDICATION AUTHORIZATION/APPROVAL**

Self-carry/self-administration of **emergency** medication such as inhalers and EpiPens® **must** be authorized by the prescriber and be approved by the school nurse according to the State medication policy:

Prescriber's authorization for self-carry/self-administration of emergency medication \_\_\_\_\_  
*Signature* \_\_\_\_\_ *Date* \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

School RN approval for self-carry/self-administration of emergency medication \_\_\_\_\_  
*Signature* \_\_\_\_\_ *Date* \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**PART III—TO BE COMPLETED BY THE PRINCIPAL OR SCHOOL NURSE/ DEVANT ÊTRE REMPLIE PAR LE DIRECTEUR/LA DIRECTRICE OU L'INFIRMIER/L'INFIRMIÈRE DE L'ÉCOLE**

**Check as appropriate:**

- Parts I and II above are completed, including signatures. (It is acceptable if all items of information in Part II are written on the physician's stationery/prescription blank.)
- Prescription medication is properly labeled by a pharmacist.
- Medication label and physician order are consistent.
- Over-the-counter medication is in an original container with the manufacturer's dosage label and safety seal intact.

## INFORMATION ET PROCÉDURES

- 1 Aucun médicament ne sera donné à l'école ou durant les activités sponsorisées par l'école sans l'autorisation écrite du parent/tuteur et une ordonnance écrite par le médecin. Ceci inclut à la fois les médicaments prescrits et ceux en vente libre (OTC).
- 2 Le parent/tuteur est responsable pour remplir la Partie I et pour obtenir la déclaration du médecin sur la Partie II. Ceci est exigé chaque année scolaire pour chaque nouvelle ordonnance ou chaque ordonnance renouvelée ou s'il ya un changement dans le dosage ou l'heure d'administration pendant l'année scolaire. (Un médecin peut utiliser l'entête de son cabinet médical ou une fiche de prescription au lieu de remplir la Partie II.) Les informations nécessaires incluent: le nom de l'enfant, le diagnostique, le nom du médicament, le dosage, l'heure d'administration, les effets secondaires, la signature du médecin, et la date.
- 3 Le médicament doit être livré à l'école par le parent/tuteur ou dans des circonstances spéciales, un adulte désigné par le parent/tuteur. En aucun cas le personnel de santé de l'école (MCDHHS) ou le personnel de l'école (MCPS) n'administrera un médicament apporté à l'école par l'élève.
- 4 Tous médicaments prescrits doivent être fournis dans une boîte avec l'étiquette du pharmacien ou de la pharmacienne. Les médicaments OTC non-prescrits doivent être dans une boîte avec l'étiquette originale du fabricant. Les échantillons du médecin doivent être correctement marqués par le médecin.
- 5 Le dosage du premier jour de n'importe quel nouveau médicament devrait être donné à la maison avant d'être donné à l'école.
- 6 Le parent/tuteur est responsable pour venir reprendre n'importe quelle portion non utilisée du médicament durant la semaine suivant l'expiration de l'ordonnance du médecin ou à la fin de l'année scolaire. Le médicament qui n'est pas réclamé durant cette période sera détruit.
- 7 Les médicaments administrés par soi-même et/ou les médicaments non-prescrits sont entièrement la responsabilité du parent/tuteur et non celle de Montgomery County Public Schools ou Montgomery County Department of Health and Human Services. Les médicaments sans les ordonnances du médecin et le consentement parental ne seront pas conservés à l'infirmierie.
- 8 Les élèves ne peuvent pas s'administrer de substances contrôlées.
- 9 Une ordonnance du médecin et la permission parentale sont nécessaires pour transporter soi-même et s'administrer des médicaments urgents comme les inhalateurs pour l'asthme et les EpiPens pour l'anaphylaxis. **L'infirmier/infirmière de l'école doit évaluer et approuver la capacité de l'élève et la capacité de s'administrer les médicaments. Il est impératif que les élèves comprennent la nécessité de prévenir soit le personnel de santé ou MCPS qu'ils se sont administrés un inhalateur sans aucune amélioration ou se sont administrés un EpiPen, pour que 911 soit contacté.**
- 10 L'infirmier/infirmière (RN) de l'école appellera la personne qui a prescrit le médicament comme permis par HIPAA, s'il y a des questions au sujet de l'enfant et/ou au sujet du médicament de l'enfant.