



氹仔中葡學校

## 協助學生服藥授權書

本人同意氹仔中葡學校健康促進人員為本人子女在校期間服用藥，而下表內的所處方的藥物已符合以下條件：

1. 必須是由本澳各衛生中心、本澳門醫院或本具地具執業資格的診所所開的處方藥物；
2. 有關藥物需明確標示醫生所開處方藥物名稱、藥物有效期、服用劑量、服用方式及服用時間，詳細資料如下：

服用藥物日期：_____年____月____日至_____年____月____日			
級別：_____			
學生姓名：_____			
藥物數量：藥水____支、藥丸____粒、藥粉____包 其他類型的藥物：_____			
用藥時間：	幼兒教育	小學教育	特殊教育
	<input type="checkbox"/> 午膳前(11:30) <input type="checkbox"/> 午膳後 <input type="checkbox"/> 午睡茶點後(14:15)	<input type="checkbox"/> 午膳後	<input type="checkbox"/> 午膳後
服藥原因：			
備註： 學校健康促進人員只協助學生服用本澳執業西醫的處方藥物，如發現藥物過期、標示不明等，為安全考慮，本校將不會協助學生服藥。			
家長／監護人簽名：			
日期：     /     /     /			