

ACG Health & Wellness Center

Φόρμα συναίνεσης γονέα για χορήγηση φαρμάκου

1. Παρακαλώ υποχρεωτικά όλοι οι γονείς/ κηδεμόνες να συμπληρώσετε το μέρος Α και να υπογράψετε στην σελίδα 2 και 3.
2. Για τους μαθητές οι οποίοι λαμβάνουν συστηματικά ή σε επείγουσα βάση συνταγογραφούμενη αγωγή κατά την διάρκεια των ωρών που πρόκειται να πραγματοποιηθούν τα εκπαιδευτικά προγράμματα της Antetokounbros Academy (10:00 - 16:00) παρακαλώ να συμπληρώσετε και το μέρος Β. Παρακαλώ να μας στείλετε γραπτές οδηγίες απ' τον θεράποντα ιατρό. Επίσης, αν υπάρχει αλλεργία να φέρετε και το Σχέδιο Δράσης Αναφυλαξίας. Παρακαλώ παραδώστε το φάρμακο στον υπεύθυνο της Ακαδημίας στην αρχική του συσκευασία.

Όνοματεπώνυμο αθλητή:.....
Ημερομηνία Γέννησης:.....

A. ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΜΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥΜΕΝΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Δίνω την άδειά μου στις Νοσηλεύτριες του ACG να χορηγήσουν στο παιδί μου τα παρακάτω μη συνταγογραφούμενα φάρμακα εφόσον κριθεί αναγκαίο κατά την επίσκεψη στο ιατρείο (παρακαλώ σημειώστε).

ΟΝΟΜΑ ΦΑΡΜΑΚΟΥ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Ιβουπροφαίνη (πόνος/πυρετός)		
Παρακεταμόλη (πόνος/πυρετός)		
Αντιόξινα (για δυσπεψία)		
Deron σιρόπι (παρακεταμόλη για παιδιά)		
Algotren σιρόπι (ιβουπροφαίνη για παιδιά)		
Αντιισταμινικά (για αλλεργίες)		

Οι γονείς/ κηδεμόνες θα ενημερώνονται από το ιατρείο τηλεφωνικά σε περίπτωση που κριθεί αναγκαία η χορήγηση των ανωτέρω φαρμάκων και το φάρμακο θα χορηγείται μόνο κατόπιν προφορικής έγκρισης δια τηλεφώνου, εκτός αν συντρέχει κίνδυνος για την ίδια την ζωή του ασθενούς.

Μη συνταγογραφούμενα φάρμακα θα χορηγούνται από τις Νοσηλεύτριες του ACG μόνο στους μαθητές εκείνους των οποίων οι γονείς/κηδεμόνες έχουν δώσει γραπτή συναίνεση.

B. ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥΜΕΝΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ

Πάθηση για την οποία χορηγείται το φάρμακο:

.....
.....
.....
.....

Όνομα φαρμάκου:

.....

Οδηγίες χορήγησης (ώρα και δόση φαρμάκου που πρέπει να χορηγηθεί στο σχολείο):

.....
.....
.....

Γνωστές αλλεργίες:

.....
.....

Περιορισμοί/πιθανές παρενέργειες:

.....
.....
.....

Απαιτείται συντήρηση στο ψυγείο (παρακαλώ κυκλώστε): ΝΑΙ ΟΧΙ

Άλλες Οδηγίες:

.....
.....
.....

Δίνω τη συγκατάθεση μου ώστε το παιδί μου να λαμβάνει το παραπάνω φάρμακο κατά τη διάρκεια των εκπαιδευτικών προγραμμάτων της Antetokounbros Academy. Απαλλάσσω το σχολείο και τους εργαζομένους του από οποιαδήποτε ευθύνη που σχετίζεται με τη χορήγηση της παρούσας και του παραπάνω φαρμάκου.

ΓΙΑ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΝΑΦΥΛΑΞΙΑΣ ΣΤΑ ΟΠΟΙΑ ΕΧΕΙ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΘΕΙ ΠΡΟΓΕΜΙΣΜΕΝΗ ΑΥΤΟΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΝΕΣΗ ΑΔΡΕΝΑΛΙΝΗΣ

Σε περίπτωση που το παιδί μου εμφανίσει συμπτώματα αναφυλαξίας που σχετίζονται με την αλλεργία του και η ένεση αδρεναλίνης του δεν είναι διαθέσιμη ή δε μπορεί να χρησιμοποιηθεί, δίνω τη συγκατάθεση στο παιδί μου να λάβει την εφεδρική ένεση αδρεναλίνης που υπάρχει στο σχολείο κατά τη διάρκεια των εκπαιδευτικών προγραμμάτων για καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.

Παρακαλούνται οι γονείς/ κηδεμόνες του αθλητή/ της αθλήτριας να υπογράψουν παρακάτω:

Όνοματεπώνυμο Γονέα/Κηδεμόνα:

Τηλέφωνο επικοινωνίας:

Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου:

Ημερομηνία: Υπογραφή:

Όνοματεπώνυμο Γονέα/Κηδεμόνα:

Τηλέφωνο επικοινωνίας:

Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου:

Ημερομηνία: Υπογραφή:

Ενημέρωση για την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων (Χορήγηση φαρμάκων)

Το Αμερικανικό Κολλέγιο Ελλάδος (εφεξής το «Κολλέγιο»), υπό την ιδιότητά του ως Υπευθύνου Επεξεργασίας, επεξεργάζεται προσωπικά δεδομένα μαθητών του Pierce οι οποίοι λαμβάνουν συνταγογραφούμενα φάρμακα και των γονέων/κηδεμόνων τους, σύμφωνα με τις διατάξεις του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου («Γενικός Κανονισμός Προσωπικών Δεδομένων»), και του νόμου 4624/2019, όπως εκάστοτε ισχύουν (εφεξής «η Νομοθεσία περί Προσωπικών Δεδομένων»), και υπό τους κατωτέρω όρους και προϋποθέσεις:

Υποκείμενα των Δεδομένων και Κατηγορίες προσωπικών δεδομένων: Το Κολλέγιο επεξεργάζεται προσωπικά δεδομένα που αφορούν μαθητές του Pierce οι οποίοι λαμβάνουν συνταγογραφούμενα φάρμακα και τους γονείς/κηδεμόνες τους. Στο πλαίσιο αυτό, τα προσωπικά δεδομένα των μαθητών που υπόκεινται σε επεξεργασία από το Κολλέγιο περιλαμβάνουν στοιχεία ταυτοποίησης (ονοματεπώνυμο, ημερομηνία γέννησης, τάξη του Pierce και άλλα προγράμματα του Κολλεγίου που τυχόν παρακολουθούν) και δεδομένα υγείας (πάθηση, όνομα φαρμάκου, ώρα χορήγησης και δοσολογία, τυχόν αλλεργίες, περιορισμοί ή/και πιθανές παρενέργειες, οδηγίες από τον θεράποντα ιατρό, κλπ). Τα προσωπικά δεδομένα των γονέων/κηδεμόνων που υπόκεινται σε επεξεργασία περιλαμβάνουν στοιχεία ταυτοποίησης (ονοματεπώνυμο, σχέση με το μαθητή) και στοιχεία επικοινωνίας (τηλέφωνο και διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου).

Σκοπός της επεξεργασίας: η παροχή της δυνατότητας σε εξουσιοδοτημένους υπαλλήλους και ιατρικό/νοσηλευτικό προσωπικό από το ACG Health & Wellness Center του Κολλεγίου να χορηγούν σε μαθητές του Pierce συνταγογραφούμενα φάρμακα (συμπεριλαμβανομένης, κατά περίπτωση, προγεμισμένης αυτοχορηγούμενης ένεσης αδρεναλίνης) και η επικοινωνία με τους γονείς/κηδεμόνες τους σε περίπτωση ανάγκης.

Νόμιμη βάση επεξεργασίας: Η επεξεργασία των δεδομένων υγείας των μαθητών βασίζεται στην τυχόν δια της παρούσας χορηγούμενη συγκατάθεσή σας, η δε επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων των γονέων/κηδεμόνων είναι απαραίτητη για τους σκοπούς των έννομων συμφερόντων που επιδιώκει το Κολλέγιο (επικοινωνία μαζί τους σε περίπτωση ανάγκης).

Αποδέκτες των δεδομένων: Η πρόσβαση στα ανωτέρω δεδομένα περιορίζεται στους εξουσιοδοτημένους υπαλλήλους και ιατρικό/νοσηλευτικό προσωπικό του ACG Health & Wellness Center του Κολλεγίου.

Διατήρηση των δεδομένων: Τα ανωτέρω δεδομένα που αποτελούν αντικείμενο επεξεργασίας θα διατηρηθούν για όσο χρονικό διάστημα οι μαθητές είναι εγγεγραμμένοι στο Pierce.

Δικαιώματα των υποκειμένων των δεδομένων: Με την επιφύλαξη συγκεκριμένων εξαιρέσεων, προϋποθέσεων και περιορισμών που προβλέπονται στην Νομοθεσία περί Προσωπικών Δεδομένων, μπορείτε να ασκήσετε το δικαίωμα πρόσβασης, διόρθωσης, περιορισμού της επεξεργασίας, εναντίωσης, διαγραφής των ως άνω προσωπικών δεδομένων καθώς και το δικαίωμα φορητότητας αυτών. Σε περίπτωση άσκησης ενός εκ των ανωτέρω αναφερομένων δικαιωμάτων σας, το Κολλέγιο θα λάβει κάθε δυνατό μέτρο για την έγκαιρη ικανοποίηση του αιτήματός σας, κατά τα ειδικότερα οριζόμενα και υπό τις προϋποθέσεις της Νομοθεσίας περί Προσωπικών Δεδομένων, ενημερώνοντάς σας γραπτώς για την ικανοποίηση του αιτήματός σας, ή για τους λόγους που εμποδίζουν την εκ μέρους σας άσκηση, ή και την ικανοποίηση ενός ή περισσότερων εκ των ως άνω αναφερομένων δικαιωμάτων σας σύμφωνα με τη Νομοθεσία περί Προσωπικών Δεδομένων. Σε περίπτωση που η επεξεργασία βασίζεται στη συγκατάθεσή σας, έχετε το δικαίωμα να την ανακαλέσετε ανά πάσα στιγμή, χωρίς, ωστόσο, η ανάκληση της συγκατάθεσης να θίγει τη νομιμότητα της επεξεργασίας που βασίστηκε στη συγκατάθεσή σας προ της ανάκλησής της ή σε άλλη νόμιμη βάση επεξεργασίας. Τέλος, έχετε δικαίωμα να υποβάλετε καταγγελία στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (www.dpa.gr), εφόσον θεωρείτε ότι η -κατά τα ανωτέρω- επεξεργασία προσωπικών δεδομένων στο πλαίσιο της παρούσας αντίκειται στην ισχύουσα νομοθεσία.

Αν έχετε οποιαδήποτε απορία σε σχέση με την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων στο πλαίσιο της παρούσας, ή επιθυμείτε να ασκήσετε τα ως άνω νόμιμα δικαιώματά σας μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του Αμερικανικού Κολλεγίου Ελλάδος, χρησιμοποιώντας τα ακόλουθα στοιχεία επικοινωνίας:
dpo@acg.edu

Συγκατάθεση γονέων/κηδεμόνων:

Ενημερώθηκα, κατανόησα και συναινώ στην επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων σύμφωνα με τα ανωτέρω.

Όνοματεπώνυμο Γονέα/Κηδεμόνα:
Ημερομηνία: Υπογραφή:

Όνοματεπώνυμο Γονέα/Κηδεμόνα:
Ημερομηνία: Υπογραφή: