Authorization for the administration of Buccal Midazolam

Name of School: é .

Childs Name:é é é é é é é é é é é é é é Date of Birth: é é é é é é é é

Home Address :é é

é .

GP: é ..

Hospital Consultant: é

é é é é é é é é é é (name of child) should be given Buccal Midazolam é é é ..mg.

If he / she has an * Epileptic seizure lasting over é é é é é é é ..minutes.

OR

*serial seizures lasting over é é é é é é é é .minutes

An ambulance should be called * at the beginning of the seizure

OR

If the seizure has not resolved *after é é é é é é é ..minutes
(*please delete as appropriate)

Doctorôs signature: é

Parentôs signature: é .

Print Name: é

Date: é ...