

식품 알레르기에 의한 에피펜 긴급투여에 대한 학부모/보호자와 승인된 의료주치의의 동의서

학생이름: _____

생일(월/일/년도): _____

학년: _____

1. 에피펜 투여를 위한 학부모/보호자의 동의서

본인의 자녀가 식품알레르기에 의한 긴급한 상황 발생시 주치의의 처방전에 의하여 학교에 비치된 에피펜을 학교 간호사 또는 교직원이 투여 하는 것에 동의합니다. 또한, 약물이나, 투여량이나, 투여시간이나 처방을 하는 주치의의 정보가 변경될 때에는 즉시 학교에 알리고 새로운 양식을 작성하여 제출하겠습니다. 본인은 학교 간호사와 승인된 주치의가 약물관련 정보를 교환하는 것을 허락하며, 식품알레르기에 의한 긴급한 상황 발생시 투여하는 에피펜(EpiPen)은 승인된 주치의와 학부모의 동의에 따라 학생이 소지 또는 보건실/교실에 둘 수 있습니다. 에피펜 투여 후 부작용을 겪게 될 경우에 본인은 학교의 간호사 또는 교직원에게 민/형사적 책임을 묻지 않겠습니다.

학부모/보호자 서명: _____

날짜: _____

전화번호: (직장) _____

(자택) _____

2. 에피펜 투여를 위한 승인된 주치의의 요청서

약물 투여 사유: _____

약물명: _____

약물의 부작용: _____

비상시 지시사항 :에피펜(EpiPen) 사용에대한 전문적인 견해에 따라, 위 학생은 비상용 에피펜을 소지 또는 양호실/교실에 비치하고 스스로 투여할 수 없는 상황에 대비하여 에피펜은 양호교사가 투여한다. 그러나 과민성 쇼크반응이 발생했을 때 양호교사가 부재할 수 있으므로 학교 교직원이 투여할 수 있으며 학생이 심한 알러지 반응 또는 과민성 쇼크반응을 보이고 스스로 투여할 수 없을 때를 대비해야 한다.

승인된 주치의 서명 : _____

전화번호 : _____

병원명 : _____

요청한 날짜 : _____



**Parent/Guardian Permission Form for
Emergency Injection of Physician Approved EpiPen**

Name of the Student: _____
DOB (MM/DD/YYYY) _____
Grade _____

1. Parent/Guardian Permission Form for Emergency Dispensation of EpiPen

In case of an emergency due to food allergy, I hereby authorize the School Nurse or school staff to inject an EpiPen to my child per my child’s physician’s prescription. If there are any changes to the type of medication, amount of medication, time of medication, or any other information regarding the child’s physician, I will inform the school immediately and submit a new Permission Form accordingly. I give permission for the School Nurse to exchange any relevant information with the child’s physician regarding the medication, and also agree to store an EpiPen in the School Nurse’s Office or the child’s classroom, per physician’s instructions. I will not seek civil or criminal liability against the School Nurse or school staff for any side effects resulting from administering an EpiPen to my child.

Parent/Guardian
Signature: _____
Date (MM/DD/YYYY) _____
Phone (Office) _____
Phone (Home) _____

2. Physician Approval for an Emergency Dispensation of EpiPen

Reason for Dispensation: _____
Name of Medication: _____
Side effects of
Medication: _____

Emergency Instructions: Per professional opinion regarding EpiPen dispensation for the above student, in case of an emergency whereby the student cannot self-administer the medication, the School Nurse will store the EpiPen in the Nurse’s Office or the classroom and inject it as needed. Since the School Nurse may not be present during an anaphylactic shock, a school staff must be prepared to dispense the EpiPen to the student if the student shows extreme allergic reactions and/or symptoms of allergic shock.

Physician Signature: _____
Phone (Office) _____
Name of the Hospital _____
Date of the Prescription _____

