

SEVERE ALLERGIC REACTION PLAN & MEDICATION ORDERS

Place
student
picture
here

Student has severe allergy to: _____

Date Plan Developed/Reviewed: _____

NAME: _____ **Birthdate:** _____

Grade: _____ **School:** _____ **Bus #** _____ **Walk** _____ **Drive** _____

Allergy History: **History of anaphylaxis/severe reaction** **Skin testing indicates allergy** **Date of Last Reaction:** _____

Other Allergies: _____ **Student has Asthma** (increased risk factor for severe reaction)

Epi auto-injector(s) location: OFFICE BACKPACK ON PERSON OTHER: _____

Inhaler(s) location: OFFICE BACKPACK ON PERSON OTHER: _____

Anaphylaxis (Severe allergic reaction) is an excessive reaction by the body to combat a foreign substance that has been eaten, injected, inhaled or absorbed through the skin. It is an intense and life-threatening medical emergency. **Do not hesitate to give Epi auto-injector -and call 911.**

USUAL SYMPTOMS of an allergic reaction:

- | | |
|--|--|
| MOUTH--Itching, tingling, or swelling of the lips, tongue, or mouth | SKIN--Hives, itchy rash, and/or swelling about the face or extremities |
| THROAT--Sense of tightness in the throat, hoarseness and hacking cough | GUT--Nausea, stomach ache/abdominal cramps, vomiting and/or diarrhea |
| LUNG--Shortness of breath, repetitive coughing, and/or wheezing | HEART --"Thready" pulse, "passing out", fainting, blueness, pale |
| GENERAL--Panic, sudden fatigue, chills, fear of impending doom | |

This Section To Be Completed By A Licensed Healthcare Provider (LHP):

If a student has symptoms or you suspect exposure (is stung, eats food he/she is allergic to, or exposed to something allergic to):

- Give Epi auto-injector 0.3 mg Jr. 0.15 mg
 May repeat Epi auto-injector (if available) in 10-15 minutes if symptoms are not relieved or symptoms return and EMS has not arrived.

Document time medications were given below and alert EMS when they arrive.

_____ Epi-pen #1 _____ Epi-pen #2 _____ Antihistamine _____ Inhaler

- Stay with student.
- CALL 911 – Advise EMS that student has been given Epinephrine
- Notify parents and school nurse.
- After Epi auto-injection given, give Benadryl® or antihistamine _____ (ml/mg/cc)
- If student has history of Asthma and is having wheezing, shortness of breath, chest tightness with allergic reaction, After Epi auto-injection and antihistamine, may give:
 Albuterol 2 puffs (Pro-air®, Ventolin HFA®, Proventil®) Albuterol/Levalbuterol unit dose SVN (per nebulizer)
 Levalbuterol 2 puffs (Xopenex®) Other: _____

7. A Student given an Epi auto-injector must be monitored by medical personnel or a parent & may NOT remain at school.

SIDE EFFECTS of medication(s):

Epi auto-injector: increased heart rate, _____ Antihistamine: sleepy, _____

Albuterol/Levalbuterol: increased heart rate, shakiness, _____

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Student may carry & self-administer Epi auto-injector +/-or antihistamine | <input type="checkbox"/> Student has demonstrated Epi auto-injector use in LHP's office |
| <input type="checkbox"/> Student may carry & self-administer Inhaler | <input type="checkbox"/> Student has demonstrated inhaler use LHP's office |

PLEASE COMPLETE THIS SECTION IF THE STUDENT HAS A SEVERE FOOD ALLERGY – (required by USDA Food Guidelines)

Check here if you will be submitting a food substitution form. (A separate food substitution form must be filled out by your health care provider if you are requesting the Food Services department at your child's school to make substitutions for your child.)

Foods to omit: _____

General substitutions: _____

(Contact district Food Services Manager for details regarding substitutions.)

Note: Meals from home provide the safest food option at school.

LHP Signature: _____ LHP Print Name: _____

Start date: _____ End date Last day of school Other: _____

Date: _____ Telephone #: _____ Fax #: _____

Estudiante: _____

Plan de Cuidado para Alergia Severa – Parte 2 – Padre

Breve Historia Clínica

Acomodaciones de Alergia a Comidas

- Comidas y bocadillos alternativos se aprobarán o proveerán por el padre/tutor.
- El padre/tutor debe ser notificado de fiestas planificadas tan pronto como sea posible.
- Proyectos de la clase deben ser revisados por los maestros para evitar alérgenos específicos.
- El estudiante es responsable de tomar sus propias decisiones. Sí No
- Cuando el estudiante requiere comer: ¿Lugar específico. Dónde? _____
 No restricciones
- Otro (especificar) _____

Preocupaciones de autobuses –La Oficina de Transporte debe estar alerta de la alergia del estudiante.

- ¿Lleva este alumno Epi auto-inyector en el autobús? Sí No
- Epi auto-inyector puede ser encontrado en Mochila Maleta a la cintura En Persona Otro (especificar) _____
- ¿Se debe sentar el estudiante al frente del autobús? Sí No •Otro (especificar) _____

Procedimientos de Paseos – Epi auto-inyector debe acompañar al estudiante durante las actividades fuera de la escuela.

- ¿El estudiante debe permanecer con la maestro o padre/tutor durante todo el viaje de campo? Sí No
- Miembros del personal en el viaje deben ser entrenados con respecto al uso del Epi auto-inyector y su plan de cuidado de salud (el plan debe ser tomado).
- Otro (especificar): _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Padre/Tutor	Nombre	Padre/Tutor	Nombre
	Nº Telefónico		Nº Telefónico
	Tel. Trabajo		Tel. Trabajo
	Otro		Otro

CONTACTOS ADICIONALES DE EMERGENCIA

1.	Relación:	Tel:
2.	Relación:	Tel:

Mi estudiante puede llevar y administrarse su propio Epi auto-inyector: Sí No ¿Provee extra para la oficina? Yes No

Mi estudiante puede llevar y usar su inhalador de asma: Yes No ¿Proveer extra para la oficina? Sí No

- Pido que esta medicina sea dada como es ordenada por el profesional de salud licenciado (LHP) (ej., médico, enfermero practicante, PAC)
- Doy permiso al personal de salud para comunicarse con LHP/personal de la oficina médica acerca del plan y medicación.
- Entiendo que cualquier medicina no será necesariamente dada por una enfermera de la escuela pero podrá ser dada por personal entrenado y supervisado.
- Yo relevo al personal de la escuela por cualquier responsabilidad en la administración de esta medicación en la escuela.
- Entiendo que este es un plan donde pelagra la vida y solo puede ser descontinuado por escrito, por el que prescribe LHP.
- Información médica/medicinal debe ser compartida con el personal de la escuela que trabaja con el niño y personal de 911, si son llamados.
- Toda la medicación suplida debe venir en su envase original con instrucciones tal como se anotaron arriba por el LHP.
- Se alienta al estudiante a usar un brazalete medico ID identificando su condición médica.
 - Pido y autorizo a mi hijo/a a llevar y a auto administrarse su medicación. Sí No
 - Este permiso para poseer y administrarse cualquier medicación puede ser revocada por el director/enfermera de la escuela si es determinado que el estudiante no puede administrárselo segura y eficazmente.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Solo para Uso de la Enfermera del Distrito	
Student has demonstrated to the nurse, the skill necessary to use the medication and any device necessary to self-administer the medication	Expiration date(s):
Device(s) if any, used	
School Nurse Signature	Date