



학생이름: \_\_\_\_\_ 아이디 #: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_

학교 약 승인 양식은 의료 대마초에 대해 별도의 승인 양식이 필요한 경우를 제외하고 처방 및/또는 비처방 약에 대해 학교에서 약을 투여하기 전에 작성해야 합니다.

보건실은 이부프로펜(에드빌), 아세트아미노펜(타이레놀) 및 디펜히드라민(베네드릴)과 같은 일반의약품의 재고를 보유하고 있습니다. 기타 모든 비처방 약은 부모/보호자가 제조업체 라벨이 붙은 용기에 담아 보건실에 가져와야 합니다. 학부모/보호자 및 의료 제공자의 일반의약품 승인은 학생의 서면으로 취소되거나 아래에 달리 명시되지 않는 한 졸업까지 유효합니다.

**학생의 의사, 의사 보조자 또는 처방 권한이 있는 APRN이 작성:**

**일반의약품**

나는 스티븐슨 고등학교 125학군이 학교 시간 동안 다음 약(들)을 투여하도록 승인합니다:

- 필요에 따라 6시간마다 이부프로펜/에드빌/몰트린(복용량: \_\_\_\_\_)
- 필요에 따라 4시간마다 아세트아미노펜/타이레놀(복용량: \_\_\_\_\_)
- 알레르기 증상 또는 알레르기 반응에 대한 디펜히드라민/베나드릴 1-2정(각 25mg)
- 기타 일반의약품: \_\_\_\_\_ 복용량: \_\_\_\_\_ 빈도: \_\_\_\_\_

이 승인에 대한 기간 또는 기타 제한 사항(없을 경우 "해당 사항 없음"이라고 기재): \_\_\_\_\_

**처방약:**

처방약은 약국 라벨이 붙은 용기에 명확하게 보이는 적절한 복용량, 빈도 및 이름과 함께 부모/보호자가 보건 사무실로 가져와야 합니다. 처방약에 대한 약물 승인 양식은 매년 갱신해야 합니다.

약 이름: \_\_\_\_\_ 복용량: \_\_\_\_\_ 빈도: \_\_\_\_\_

약물이 필요한 진단: \_\_\_\_\_ 목적: \_\_\_\_\_

수업일 및/또는 학교 관련 활동 중에 이 약을 투여해야 합니다. 예 아니요

약을 투여할 시간 또는 상황: \_\_\_\_\_

예상되는부작용: \_\_\_\_\_

학생이 현재 받고 있거나 복용하고 있는 기타 처방약: \_\_\_\_\_

**에피네프린, 인슐린 또는 기타 약물의 자가 휴대 및/또는 자가 투여 승인(천식 흡입기의 경우 필요하지 않음):**

- 1) 당신은 이 학생이 위의 약을 스스로 휴대하도록 승인합니까? 예 아니요
- 2) 당신은 이 학생이 위의 약을 스스로 투여하도록 승인합니까? 예 아니요

위의 사항에 예를 선택함으로써 본인은 학생이 위의 약 사용에 대한 교육을 받았고, 약의 필요성을 이해하고, 비정상적인 부작용을 교직원에게 보고해야 할 필요성을 이해하고, 자가 투여가 승인된 경우 확인합니다. 약은 교직원의 감독하에 독립적으로 투여할 수 있습니다.

처방자 이름: \_\_\_\_\_

사무실 주소: \_\_\_\_\_

사무실 전화 #: \_\_\_\_\_

사무실 팩스 번호: \_\_\_\_\_



처방자 서명: \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

**학부모/보호자가 작성해야 할 사항:**

아래에 서명함으로써 위에 열거된 학생의 부모/보호자인 본인은 자녀에게 약을 투여하는 일차적인 책임이 본인에게 있음에 동의합니다. 그러나 본인이 그렇게 할 수 없거나 의학적 응급 상황이 발생한 경우, 나는 이로써 125학군과 그 직원 및 대리인이 나를 대신하여, (또는 125학군 직원 및 대리인의 감독하에 주법에 따라 자녀가 약을 스스로 휴대/투여하도록 허용) 합법적으로 처방된 약을 투여하는 것에 동의합니다. 여기에는 내 아이가 아나필락시스 반응, 아편유사제 과다 복용 또는 천식 에피소드를 겪고 있다는 선의의 믿음이 있을 때 내 아이에게 지정되지 않은 에피네프린 주사제, 아편유사제 길항제 또는 천식 약물을 투여하는 것이 포함됩니다. 그리고 해당되는 경우, 내 자녀의 글루카곤이 현장에서 이용 가능하지 않거나 만료되었을 때 내 자녀의 당뇨병 치료 계획에 의해 승인된 경우 지정되지 않은 글루카곤을 투여할 수 있습니다. 나는 내 아이에게 약을 투여하는 것이 스포츠 활동 중 운동 트레이너, 방과후 활동 중 학교 후원자/보호자, 교외 활동 중 학교 간호사가 아닌 다른 사람이 수행해야 할 수도 있음을 인정합니다. 견학 또는 야간 여행, 그리고 부모/보호자인 본인은 이러한 관행에 구체적으로 동의합니다. 나는 내 아이에 대한 약물 투여 또는 내 아이의 약물 자가 투여로 인해 발생하는 모든 청구에 대해 학군과 그 직원/대리인을 면책하고 해가 되지 않도록 하는 데 동의합니다.

학부모/보호자 이름: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

학부모/보호자 서명: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

**천식 흡입기, 에피네프린, 인슐린 또는 적격 계획에 따라 요구되는 기타 약물의 자가 휴대 및/또는 자가 투여에 대한 승인:**

본인은 학교와 해당 직원 및 대리인이 본인의 자녀가 \_\_\_\_\_ 자가 휴대 및/또는 \_\_\_\_\_ 자가 투여(해당 승인 옆에 이니셜 표시)하도록 허용하는 것을 승인합니다. 천식 조치 계획, 당뇨병 관리 계획, 개별 건강 관리 조치 계획, 개별 건강 관리 조치 계획, 일리노이 식품 알레르기 비상 조치 및 치료 승인 양식, 발작 조치 계획, 1973년 재활법, 섹션 504에 따른 계획 또는 계획 장애인 교육법에 따라: (1) 학교에 있는 동안, (2) 학교 후원 활동 중, (3) 교직원 감독 하에, 또는 (4) 학교 활동 전후 학교에서 운영하는 건물에서 방과 전 또는 방과 후 보살핌을 받는 동안. 일리노이 법은 교육구가 학부모/보호자에게 학생의 자기 휴대로 인해 발생하는 부상의 결과로 고의적이고 무자비한 행위를 제외하고는 천식 약물, 에피네프린 주사제 또는 기타 승인된 약물의 자가 투여할 때 학교와 그 직원 및 대리인에게 책임이 없음을 알릴 것을 요구합니다.

학부모/보호자 이름: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

학부모/보호자 서명: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

**권력:**  
부모/보호자는 자녀에게 약물을 투여하는 일차적인 책임이 있습니다. 정규 학교 시간 및 학교 관련 활동 중에 학생에게 약물을 투여하는 것은 학생의 중요한 건강과 복지를 위해 필요한 경우를 제외하고 권장되지 않습니다. 학생에 대한 약물 투여는 교육구 또는 피지명인이 설정한 지침에 따라 주 기관 건강 사항(예: IDPR, IDPH 및 ISBE)에 따릅니다. 이 사서 발송 7.270.

**절차/지침:**  
약물 승인 양식: 학교 직원은 완전한 약물 승인 정보를 제출한 후에만 학생에게 투여하거나 학생이 처방전 또는 비처방 약물을 소지하거나 소비해서는 안 됩니다. 학교 간호사는 서면 승인을 검토하고 필요한 경우 추가 정보에 대해 학부모/보호자, 면허를 소지한 처방자 또는 약사와 상의합니다. 승인 및 후속 변경에는 다음이 포함됩니다.  
가. 의사, 상급 개업 간호사, 의사의 조수, 치과의사 또는 족부 전문의 면허를 가진 처방자의 서면 처방전  
나. 학생명, 약명, 복용량 및 주문일자  
다. 투여 지침(경로, 시간 또는 간격, 처방 기간)  
라. 원인/의도 및 가능한 부작용  
E. 학부모/보호자 서면 허가.

적절한 용기: 약물 및 리필은 다음과 같은 용기에 제공되어야 합니다.  
A. Rx 번호, 학생 이름, 약물, 복용량, 투여 지침, 날짜 및 리필 일정, 약사 이름을 표시하는 약국 또는 면허 있는 처방자가 라벨을 붙인 처방전 (약국은 일반적으로 요청 시 학교 보안을 위한 추가 처방전 용기를 제공할 수 있습니다).  
B. 제조업체 라벨이 붙은 비처방 일반의약품.

약물 투여는 공인 학교 간호사, 공인 간호사 또는 기타 지정된 학교 직원/대리인이 수행합니다. 운동 활동, 방과후 활동, 교외 견학 및 야간 여행 중에 학교 간호사 이외의 교직원/대리인이 약물 투여를 수행해야 할 수도 있습니다. 학교 간호사 또는 행정부는 약물 투여 요청을 거부할 재량을 보유합니다.

자가 투여: 학생은 의료 제공자가 지시하는 경우 학교 및 활동에서 약물 자가 투여할 수 있습니다. 이 양식에 있는 학부모 서명은 "학군은 학생의 약물 자가 투여로 인한 어떠한 상해도 인해 고의적이고 원치 않는 행위를 제외하고 어떠한 책임도 지지 않으며, 학부모/보호자가 학교과 그 직원 및 대리인에게 어떠한 청구에 대해서도 배상하고 무제한 책임을 지지 않는다"는 것을 인정한다." 참조 IL PA 100-0799 및 IL PA 96-1485

비축 약물: 아세트아미노펜, 이부프로펜 및 제네릭 베나드린은 학생 약물 투여를 위해 학교에 비축되어 있지만, 완성된 약물 승인 양식은 최신 상태로 작성되어 투여 전에 보건실에 제출되어야 합니다. 긴급한 상황에서는 전화로 부모의 허락을 받아 1회 접종할 수 있습니다. 약물 승인 양식은 작성을 위해 집으로 보내지며 파일에 작성된 양식이 없으면 추가 용량이 제공되지 않습니다.

보관 및 기록 보관: 약은 잠긴 캐비닛에 보관됩니다. 냉장이 필요한 약은 안전한 장소에 보관합니다. 모든 약물 투여는 학생의 개인 전자 건강 기록에 기록됩니다. 처방약이 접수되면 약물 수를 계산하고 문서화합니다. 복용량을 투여하지 않고 낭비해야 하는 경우 기록에 이유를 입력하고 약물 개수를 수정합니다. 표시되는 경우 학부모에게 통지할 수 있으며 학생의 건강 기록에 문서화됩니다.

문서화, 변경, 갱신 및 기타 책임: 필요한 문서화를 용이하게 하기 위해 의료 지시, 의사 지시 변경 및 부모 허가를 팩스, 이메일로 보내거나 보건실에 직접 가져올 수 있습니다. 학부모/보호자의 책임은 모든 약물 주문 및 허가를 학교에 가지오고 필요할 때 보증금을 제공하며 학생의 건강에 중대한 변화가 있을 경우 간호사에게 알리는 것입니다. 학년말에 남은 약은 학부모/보호자가 가져러와야 합니다. 학년말에 학부모/보호자가 약을 찾지 않으면 폐기됩니다. 모든 처방약 주문은 매 학년도마다 갱신해야 합니다. 의사가 달리 지정하지 않는 한, 일반 의약품 주문은 학생이 125학군에 등록하는 동안 인정됩니다.