revised 5/2014

ALABAMA STATE DEPARTMENT OF EDUCATION
SCHOOL MEDICATION PRESCRIBER/PARENT AUTHORIZATION
FOR VAGUS NERVE STIMULATOR (VNS)

School Year: ____-_____

STUDENT INFORMATION

Student's Name _____ **School:** _____

Date of Birth: _____/_____/_____ **Grade** _____ **Teacher** _____

☐ **Known drug allergies/reactions** **If drug allergies, list:** _____ **Weight:** _____ **pounds**

PRESCRIBER AUTHORIZATION
(To be completed by licensed healthcare provider)

START DATE: _____ **STOP DATE:** _____

Procedure: Swiping magnet over student's VNS

Reason for procedure: To shorten duration of, or stop, seizure activity.

How& frequency r/t swipe delivery: Swipe magnet over VNS for full 1-2 second time period, at onset of seizure activity.

Repeat swipe X _____ if seizure activity does not cease after _____ minute(s).

If magnet is held in place over the VNS for longer than 60 seconds at one time, the generator will be turned off until the magnet is removed. Once magnet is removed, the device will resume its normal cycle.

Do you recommend the magnet be kept "on person" by the student? □ **Yes** □ **No**
If "no", storage location of magnet will be identified in student's Individualized Healthcare Plan.

Potential Contradictions/Adverse Reactions: _____

_____
Printed Name of Licensed Healthcare Provider

_____ _____ _____ _____
Signature of Licensed Healthcare Provider **Date** **Phone** **Fax**

AUTORIZACIÓN PARENTAL

Autorizo al Enfermero Escolar, el enfermero registrado (RN) o practicante autorizado (LPN) a asistir a mi hijo/a en el procedimiento arriba mencionado, y a delegar sobre personal escolar instruido pero no licenciado, la tarea de asistir a mi hijo/a con el procedimiento arriba mencionado, de acuerdo con la normativa administrativa. Entiendo que serán necesarias autorizaciones parentales/del proveedor adicionales si cambia el procedimiento. También autorizo al Enfermero Escolar a hablar con el proveedor de seguro médico autorizado en caso de surgir preguntas sobre el procedimiento.

El equipamiento y/o suministros para los procedimientos deben registrarse con el enfermero escolar o con quien éste haya designado.

_____ _____ _____ _____
Firma de Padres **Fecha** **Teléfono** **Fax**