

Ім'я студента: _____ Дата народження: _____ Клас: _____ Навчальний рік: _____ Школа: _____ Ім'я одного з батьків/опікуна: _____

LICENSED HEALTH CARE PROVIDER (LHCP) ORDERS – EMERGENCY MEDICATIONS

THIS PORTION TO BE COMPLETED BY LHCP WITH PRESCRIPTIVE AUTHORITY (e.g., MD, DO, ARNP, DDS, etc.)

LIFE-THREATENING ALLERGY: _____ Ingestion Touch Inhalation

Other Allergies: _____ Date of last reaction, if known: _____

Anaphylaxis signs: trouble breathing, hives, swelling of lips/tongue/throat, hoarse voice, nausea, vomiting, dizziness, feeling of doom

If school nurse is NOT AVAILABLE epinephrine WILL be given by trained staff without delay for ANY allergy symptoms or suspected/known exposure to allergen(s). Student must be monitored by medical personnel or parent/guardian and may NOT stay at school.

INJECTION
 Epinephrine (0.3 mg - approximately 66 lbs and above) Injection to Outer Thigh Muscle

CALL 911:
 Epinephrine (0.15 mg - approximately 33 lbs- 66 lbs) Injection to Outer Thigh Muscle

 Epinephrine (0.1 mg - approximately 16.5 lbs - 33 lbs) Injection to Outer Thigh Muscle

 Student trained to: Self-Carry Yes No Self-Administer Yes No

 Repeat Epinephrine in _____ minutes if EMS has not arrived and if additional medication available.

ORAL:
 Antihistamine _____ by mouth _____ mg

 Student trained to: Self-Carry Yes No Self-Administer Yes No

ASTHMA: Yes No If history of asthma and wheezing, shortness of breath, or complaints of chest tightness with allergic reaction:

 Rescue Inhaler 2 puffs 4 puffs of _____ Use spacer

 Student trained to: Self-Carry Yes No Self-Administer Yes No

SIDE EFFECTS: Epinephrine: increased heart rate Antihistamine – sleepiness Inhaler: increased heart rate, shakiness

LICENSED HEALTH CARE PROVIDER (LHCP) ORDERS – NON ANAPHYLAXIS MEDICATIONS

Use this section for asthma/allergy symptoms not related to epinephrine administration

Diagnosis/ Condition	Medication	Dosage	Route	Time/Frequency	Side Effects	*Self Carry	*Self Administer
						Y N	Y N
						Y N	Y N
						Y N	Y N

*Marking "yes" to self-carry/administer indicates that the LHCP has provided instruction in the purpose and appropriate method/frequency of use, and that the student is capable and safe to self-carry and/or self-administer.

I request and authorize that the above-named student receive the above identified medications in accordance with the instructions indicated beginning ___/___/___ not to exceed current school year and Summer School or otherwise specified ___/___/___

LHCP's Signature: _____ Date: _____ Clinic Stamp

LHCP's Name: _____ Phone Number:(_____)_____

LHCP's Address: _____ Fax Number:(_____)_____

Ця форма повинна бути підписана батьками/опікунами.

Дозвіл батьків/опікунів

Підпис одного з батьків/опікуна: _____ Дата: _____

ПЕРЕГОРНІТЬ, ЩОБ ЗАВЕРШИТИ ЗАПОВНЕННЯ ФОРМИ

Підпис студента (самостійно): _____ Дата: _____

School Nurse Signature: _____ Printed Name: _____ Date: _____

Прийом ліків у школі

Ліки слід давати в школі лише в разі потреби. Шкільний медичний кабінет працює тільки в навчальний час і не залишається відкритим під час роботи гуртків, спортивних тренувань/ігор, концертів, танців або інших заходів, що проводяться школою. Якщо учень повинен приймати прописані пероральні або місцеві ліки, очні краплі, вушні краплі, попередньо змішані назальні спреї або життєво необхідні ліки від алергії під час шкільних занять або коли учень перебуває під наглядом шкільного персоналу, а також під час офіційних шкільних заходів, директор призначає, а шкільна медсестра навчає і делегує шкільний персонал для введення ліків і надає план доступу до ліків. Ліки, які видаються в школі, повинні мати письмовий наказ, підписаний ліцензованим медичним працівником (ЛНСП), який працює в межах своїх повноважень, і підпис батьків/опікунів. Батьки/опікуни несуть відповідальність за забезпечення доступності ліків та лікувальних засобів для своїх учнів. Ліки повинні бути в оригінальній, належним чином промаркованій упаковці. Це стосується будь-яких ліків, включаючи ті, що відпускаються без рецепта. Батьки/опікуни, які бажають, щоб їхній учень міг самостійно мати при собі та приймати ліки, повинні надати підписані рецепти на ліки від свого лікаря загальної практики (ЛНСП), в яких чітко вказано цей план. Зверніть увагу, що учням не дозволяється мати при собі речовини, що регулюються. Учням до 6 класу не рекомендується мати при собі ліки. Учні, які самостійно носять ліки, не звільняють батьків/опікунів від обов'язку щороку проходити щорічну перевірку стану здоров'я, отримувати дозволи на прийом ліків та складати план медичного обслуговування. За можливості, батькам/опікунам та лікареві (ЛНСП) рекомендується скласти графік прийому ліків, якщо учень бере участь у шкільних заходах у позаурочний час. Шкільний округ Едмондс не несе відповідальності за побічні реакції, якщо ліки видаються відповідно до розпорядження лікаря (ЛНСП). Шкільний округ Едмондс не ділиться приватною медичною інформацією зі сторонніми організаціями без чіткої письмової згоди.

Крім того, RCW 28A.210.260, RCW 28A.210.355 та RCW 28A.210.330 дозволяють батькам учнів з епілепсією або діабетом обрати «призначену батьками дорослу особу», яка надаватиме медичну допомогу в школі під керівництвом батьків.

Перед тим, як брати участь в екскурсіях, заняттях легкою атлетикою, гуртках тощо, батьки/опікуни учня з особливими потребами повинні проконсультуватися зі шкільною медсестрою, щоб розробити рекомендації щодо догляду за дитиною поза межами навчального закладу.

План медичного обслуговування не поширюється та не застосовується до позашкільних заходів, що фінансуються школою. Якщо учень відвідує групу продовженого дня до/після школи або бере участь у позашкільних заходах, батьки/опікуни несуть відповідальність за інформування керівництва програми про потреби дитини в медичному обслуговуванні та медикаментах.

ЦЕЙ РОЗДІЛ ЗАПОВНЮЄТЬСЯ БАТЬКАМИ/ОПІКУНАМИ

Я, батько/мати/опікун, розумію:

Коли шкільний персонал повідомляє, що термін придатності ліків закінчився, або вони більше не потрібні для проходження курсу лікування, або в кінці навчального року, я несу відповідальність за те, щоб забрати ліки зі школи, або усвідомлюю, що вони будуть знищені. Шкільний округ Едмондс не несе відповідальності за ліки, які учні приносять із собою та приймають самостійно. У разі виникнення проблеми з безпекою, шкільна медсестра має право повідомити батьків/опікунів/учнів і позбавити їх привилегії на самостійне приймання ліків. План медичного обслуговування учня буде щорічно коригуватися, щоб відображати поточні потреби у сфері охорони здоров'я. Я надаватиму інформацію про стан здоров'я, рецепти на ліки, ліки, термін придатності яких не закінчився, у належним чином промаркованому контейнері та лікувальні засоби.

Необов'язково: Відмічаючи це поле, я даю згоду на те, щоб ліки, які не регулюються, були повернуті додому разом з учнем.

Студент бере участь:

Атлетика

Музика

Групи продовженого дня

Інші заходи, що спонсоруються школою _____

Мій підпис нижче свідчить про те, що я прочитав/-ла, зрозумів/-ла і буду дотримуватися цих правил щодо ліків.

Підпис одного з батьків/опікуна: _____ Дата: _____

Підпис студента (самостійно): _____ Дата: _____