

**Authorization for Administration of Medication for Life-Threatening
Allergic Reaction at School and School Sponsored Events**

RCW 28A.310.320, RCW.28A.210.260 and 270, WAC 110-300-0215, 3420 SB Policy, 3420P SB Procedure

Tên Học sinh: _____ Ngày sinh: _____ Lớp: _____ Năm học: _____

Trường học: _____ Tên Phụ huynh/Người giám hộ: _____

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: (____) _____

Mẫu đơn này phải có chữ ký của phụ huynh/người giám hộ.

Sự cho phép của Phụ huynh/Người giám hộ

Chữ ký của Phụ huynh/Người giám hộ : _____

Ngày: _____

Chữ ký của Học sinh (Tự mang theo): _____

Ngày: _____

LẬT QUA MẶT SAU ĐỂ HOÀN THÀNH MẪU ĐƠN

Quản lý Thuốc ở Trường học

Thuốc chỉ nên được dùng ở trường khi cần thiết. Phòng y tế của trường chỉ có nhân viên trong giờ học và không mở cửa trong suốt thời gian diễn ra các câu lạc bộ sau giờ học, các trò chơi / buổi tập thể thao, buổi hòa nhạc, khiêu vũ hoặc các sự kiện khác do nhà trường tài trợ. Nếu học sinh phải nhận thuốc uống hoặc thuốc bôi theo toa, thuốc nhỏ mắt, thuốc nhỏ tai, thuốc xịt mũi pha sẵn hoặc thuốc chống dị ứng khẩn cấp trong giờ học hoặc khi học sinh nằm dưới sự giám sát của nhân viên học khu và cho các sự kiện chính của trường, hiệu trưởng sẽ chỉ định và y tá nhà trường sẽ đào tạo và ủy quyền cho nhân viên nhà trường quản lý thuốc và đưa ra kế hoạch tiếp cận thuốc. Thuốc được cung cấp tại trường phải có lệnh bằng văn bản có chữ ký của Chuyên gia chăm sóc sức khỏe được cấp phép (LHCP) làm việc trong phạm vi thẩm quyền kê đơn của họ và có chữ ký của phụ huynh / người giám hộ. Phụ huynh/người giám hộ có trách nhiệm đảm bảo có sẵn thuốc và vật tư điều trị cho học sinh của mình. Thuốc phải ở trong bao bì gốc, có nhãn mác phù hợp. Điều này bao gồm tất cả các loại thuốc không kê đơn.

Phụ huynh/người giám hộ muốn cho học sinh tự mang theo và tự dùng thuốc một cách độc lập phải cung cấp các đơn thuốc có chữ ký từ LHCP nêu rõ kế hoạch này. Lưu ý rằng học sinh không được phép tự mang theo các chất bị kiểm soát. Học sinh lớp K-5 không được khuyến khích tự mang theo thuốc. Học sinh tự mang theo thuốc không làm giảm bớt việc cập nhật sức khỏe hàng năm của phụ huynh/người giám hộ, lệnh cấp phép dùng thuốc, và kế hoạch chăm sóc sức khỏe cho mỗi năm học. Bất cứ khi nào có thể, phụ huynh/người giám hộ và LHCP nên lập ra lịch trình dùng thuốc nếu học sinh đang tham gia các hoạt động do nhà trường tài trợ ngoài giờ học bình thường. Học khu Edmonds không chịu trách nhiệm về các phản ứng bất lợi khi thuốc được phân phát theo yêu cầu của LHCP. Học khu Edmonds không chia sẻ thông tin sức khỏe cá nhân với các tổ chức bên ngoài mà không có sự đồng ý rõ ràng bằng văn bản.

Ngoài ra, RCW 28A.210.260, RCW 28A.210.355, and RCW 28A.210.330 cho phép phụ huynh của học sinh mắc bệnh động kinh hoặc tiểu đường chọn một "người lớn do phụ huynh chỉ định" để cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng theo hướng dẫn của phụ huynh ở trường.

Trước khi tham gia các chuyến đi thực địa, thể thao, câu lạc bộ, v.v., phụ huynh/người giám hộ của học sinh có tình trạng sức khỏe nên tham khảo ý kiến với y tá của trường để đưa ra các cân nhắc về chăm sóc cho học sinh khi tiếp xúc với môi trường bên ngoài.

Kế hoạch chăm sóc sức khỏe không bao gồm và không áp dụng cho các hoạt động không được trường tài trợ. Nếu học sinh tham gia các chương trình chăm sóc mở rộng trước/sau giờ học hoặc tham gia các hoạt động không do nhà trường tài trợ, phụ huynh/người giám hộ có trách nhiệm thông báo cho ban lãnh đạo chương trình của tổ chức đó về nhu cầu chăm sóc sức khỏe và thuốc men của học sinh.

PHẦN NÀY SẼ ĐƯỢC HOÀN THÀNH BỞI PHỤ HUYNH / NGƯỜI GIÁM HỘ

Tôi Phụ huynh/Người giám hộ hiểu:

Khi được nhân viên nhà trường thông báo thuốc đã hết hạn sử dụng, không còn cần thiết trong quá trình điều trị hoặc khi hết năm học, tôi có trách nhiệm thu lại thuốc từ nhà trường hoặc hiểu rằng thuốc sẽ bị tiêu hủy. Học khu Edmonds không chịu trách nhiệm về thuốc tự mang theo và tự dùng. Trong trường hợp phát sinh vấn đề an toàn, y tá của trường có quyền thông báo cho phụ huynh/người giám hộ/học sinh và ngừng đặc quyền tự dùng thuốc. Chương trình sức khỏe của học sinh sẽ được sửa đổi hàng năm để cập nhật tình trạng sức khỏe hiện tại. Tôi sẽ cung cấp thông tin sức khỏe, lệnh cấp phép dùng thuốc, thuốc chưa hết hạn trong hộp đựng và vật tư điều trị được dán nhãn phù hợp.

Không bắt buộc: Bằng cách đánh dấu vào hộp này, tôi đồng ý cho phép các loại thuốc không kiểm soát được mang nhà với học sinh.

Học sinh tham gia vào:

Thể thao

Âm nhạc

Câu lạc bộ sau giờ học

Các Hoạt động khác do Nhà trường Tài trợ _____

Chữ ký của tôi bên dưới cho biết rằng tôi đã đọc, hiểu và sẽ tuân thủ chính sách về thuốc.

Chữ ký của Phụ huynh / Người giám hộ: _____ Ngày: _____

Chữ ký học sinh (Tự mang theo): _____ Ngày: _____