

**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

Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Año escolar: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Madre/padre/tutor: \_\_\_\_\_

**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**
**CALL 911:**
 Epinephrine (0.3 mg - approximately 66 lbs and above) Injection to Outer Thigh Muscle

 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:(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

This form must be signed by the parent/guardian.

**Parent/Guardian Permission**

Assinatura do Pai/Responsável: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

**VIRE PARA COMPLETAR O FORMULÁRIO.**

Assinatura do Estudante (autoadministração): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
School Nurse Signature: \_\_\_\_\_ Printed Name: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO NA ESCOLA

A medicação deve ser administrada na escola apenas quando necessário. A enfermaria da escola é provida de funcionários somente durante o horário escolar e não permanece aberta durante a duração de clubes pós-escolares, práticas/jogos atléticos, concertos, bailes ou outros eventos patrocinados pela escola. Se o aluno precisar receber medicação oral ou tópica prescrita, colírios, gotas auriculares, medicamentos em spray nasal pré-misturados ou medicação de emergência para alergias durante o horário escolar ou quando o aluno estiver sob supervisão da equipe do distrito e para eventos escolares oficiais, o diretor designará e a enfermeira escolar treinará e delegará a equipe escolar para administrar medicamentos e fornecer um plano para acessar medicamentos. A medicação a ser administrada na escola deve ter uma ordem escrita assinada por um Profissional de Saúde Licenciado (LHCP-Licensed Healthcare Professional) trabalhando dentro do escopo de sua autoridade prescritiva e ter a assinatura do pai/responsável. Os pais/responsáveis são responsáveis por garantir que a medicação e os suprimentos de tratamento estejam disponíveis para suas crianças. A medicação deve estar no recipiente original, devidamente rotulado. Isso inclui qualquer medicamento, mesmo de venda livre de receita. Os pais/responsáveis que desejarem que sua criança carregue e administre medicamentos de forma independente devem fornecer autorização de medicação assinadas pelo seu LHCP explicitamente indicando este plano. Observação: os alunos não têm permissão para carregar substâncias controladas. Não é recomendado que os alunos do ensino fundamental I carreguem/autoadministrem medicamentos. Os alunos que carregam/autoadministram medicamentos não dispensam os pais/responsáveis da atualização anual de saúde, dos formulários de autorização de medicação e do plano de saúde a cada ano escolar. Sempre que possível, os pais/responsáveis e o LHCP são incentivados a projetar um cronograma de medicação para administrar a medicação se o aluno estiver participando de atividades patrocinadas pela escola fora do horário escolar normal. O Distrito Escolar de Edmonds não aceita responsabilidade por reações adversas quando a medicação é dispensada de acordo com a ordem do LHCP. O Distrito Escolar de Edmonds não compartilha informações de saúde privadas com entidades externas sem consentimento explícito por escrito. Além disso, RCW 28A.210.260, RCW 28A.210.355 e RCW 28A.210.330 permitem que os pais de alunos com epilepsia ou diabetes selecionem um "adulto designado pelos pais" para fornecer cuidados de enfermagem dirigidos pelos pais na escola. Antes de participar de excursões, atividades esportivas, clubes, etc., os pais/responsáveis de um aluno com condições de saúde devem consultar a enfermeira escolar para desenvolver considerações de cuidados para o ambiente fora do prédio escolar. O plano de saúde não se estende e não se aplica a atividades não patrocinadas pela escola. Se um aluno participa de programas de cuidados prolongados antes/depois da escola, ou participa de atividades não patrocinadas pela escola, os pais/responsáveis são responsáveis por notificar a liderança do programa da entidade sobre as necessidades de saúde e medicação de sua criança.

**Esta parte deve ser preenchida pelo pai/responsável:**

**Eu, o PAI/RESPONSÁVEL, ENTENDO QUE:**

Quando notificado pelo pessoal da escola de que o medicamento expirou, ou não é mais necessário como curso de tratamento, ou ao chegar ao final do ano letivo, eu sou responsável por coletar o medicamento na escola ou do contrário tenho consciência de que ele será destruído. O Distrito Escolar de Edmonds não assume responsabilidade pelos medicamentos autoadministrados e autoportados. No caso de surgir um problema de segurança, a enfermeira da escola tem o direito de notificar o pai/responsável/aluno e interromper o privilégio de autoadministração. O plano de saúde do aluno será modificado anualmente para refletir as necessidades de saúde atuais. Eu fornecerei as informações de saúde, os formulários de autorização de medicamento, o medicamento não expirado em um recipiente devidamente rotulado e os suprimentos de tratamento.

**Opcional:**  Ao marcar esta caixa, dou meu consentimento para que medicamentos não controlados sejam devolvidos para casa com a minha criança.

O aluno participa de:

Atletismo

Música

Clubes pós-escolares

Outras Atividades Patrocinadas pela Escola \_\_\_\_\_

**Minha assinatura abaixo indica que li, entendi e concordo com a política de medicamentos.**

Assinatura do Pai/Responsável: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Estudante (Autoadministração): \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_