

**PLACE  
PICTURE  
HERE**

Name: \_\_\_\_\_ D.O.B.: \_\_\_\_\_

Allergic to: \_\_\_\_\_

Weight: \_\_\_\_\_ lbs. Asthma:  **Yes (higher risk for a severe reaction)**  **No**

**NOTE: Do not depend on antihistamines or inhalers (bronchodilators) to treat a severe reaction. USE EPINEPHRINE.**

**Extremely reactive to the following allergens:** \_\_\_\_\_








**THEREFORE:**

If checked, give epinephrine immediately if the allergen was **LIKELY** eaten, for **ANY** symptoms.

If checked, give epinephrine immediately if the allergen was **DEFINITELY** eaten, even if no symptoms are apparent.

FOR ANY OF THE FOLLOWING:





## SEVERE SYMPTOMS

 <b>LUNG</b> Shortness of breath, wheezing, repetitive cough	 <b>HEART</b> Pale or bluish skin, faintness, weak pulse, dizziness	 <b>THROAT</b> Tight or hoarse throat, trouble breathing or swallowing	 <b>MOUTH</b> Significant swelling of the tongue or lips
 <b>SKIN</b> Many hives over body, widespread redness	 <b>GUT</b> Repetitive vomiting, severe diarrhea	 <b>OTHER</b> Feeling something bad is about to happen, anxiety, confusion	<b>OR A COMBINATION</b> of symptoms from different body areas.

↓ ↓ ↓

1. **INJECT EPINEPHRINE IMMEDIATELY.**
2. **Call 911.** Tell emergency dispatcher the person is having anaphylaxis and may need epinephrine when emergency responders arrive.
  - Consider giving additional medications following epinephrine:
    - » Antihistamine
    - » Inhaler (bronchodilator) if wheezing
  - Lay the person flat, raise legs and keep warm. If breathing is difficult or they are vomiting, let them sit up or lie on their side.
  - If symptoms do not improve, or symptoms return, more doses of epinephrine can be given about 5 minutes or more after the last dose.
  - Alert emergency contacts.
  - Transport patient to ER, even if symptoms resolve. Patient should remain in ER for at least 4 hours because symptoms may return.

## MILD SYMPTOMS

 <b>NOSE</b> Itchy or runny nose, sneezing	 <b>MOUTH</b> Itchy mouth	 <b>SKIN</b> A few hives, mild itch	 <b>GUT</b> Mild nausea or discomfort
--	--	--	--

---

**FOR MILD SYMPTOMS FROM MORE THAN ONE SYSTEM AREA, GIVE EPINEPHRINE.**

---

**FOR MILD SYMPTOMS FROM A SINGLE SYSTEM AREA, FOLLOW THE DIRECTIONS BELOW:**

1. Antihistamines may be given, if ordered by a healthcare provider.
2. Stay with the person; alert emergency contacts.
3. Watch closely for changes. If symptoms worsen, give epinephrine.

## MEDICATIONS/DOSES

Epinephrine Brand or Generic: \_\_\_\_\_

Epinephrine Dose:  0.1 mg IM  0.15 mg IM  0.3 mg IM

Antihistamine Brand or Generic: \_\_\_\_\_

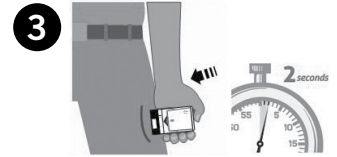
Antihistamine Dose: \_\_\_\_\_

Other (e.g., inhaler-bronchodilator if wheezing): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

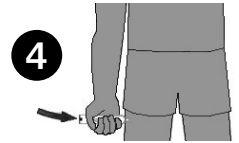
## HOW TO USE AUVI-Q® (EPINEPHRINE INJECTION, USP), KALEO

1. Remove Auvi-Q from the outer case. Pull off red safety guard.
2. Place black end of Auvi-Q against the middle of the outer thigh.
3. Press firmly until you hear a click and hiss sound, and hold in place for 2 seconds.
4. Call 911 and get emergency medical help right away.



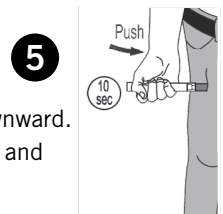
## HOW TO USE EPIPEN®, EPIPEN JR® (EPINEPHRINE) AUTO-INJECTOR AND EPINEPHRINE INJECTION (AUTHORIZED GENERIC OF EPIPEN®), USP AUTO-INJECTOR, MYLAN AUTO-INJECTOR, MYLAN

1. Remove the EpiPen® or EpiPen Jr® Auto-Injector from the clear carrier tube.
2. Grasp the auto-injector in your fist with the orange tip (needle end) pointing downward. With your other hand, remove the blue safety release by pulling straight up.
3. Swing and push the auto-injector firmly into the middle of the outer thigh until it 'clicks'. Hold firmly in place for 3 seconds (count slowly 1, 2, 3).
4. Remove and massage the injection area for 10 seconds. Call 911 and get emergency medical help right away.



## HOW TO USE IMPAX EPINEPHRINE INJECTION (AUTHORIZED GENERIC OF ADRENALICK®), USP AUTO-INJECTOR, AMNEAL PHARMACEUTICALS

1. Remove epinephrine auto-injector from its protective carrying case.
2. Pull off both blue end caps: you will now see a red tip. Grasp the auto-injector in your fist with the red tip pointing downward.
3. Put the red tip against the middle of the outer thigh at a 90-degree angle, perpendicular to the thigh. Press down hard and hold firmly against the thigh for approximately 10 seconds.
4. Remove and massage the area for 10 seconds. Call 911 and get emergency medical help right away.



## HOW TO USE TEVA'S GENERIC EPIPEN® (EPINEPHRINE INJECTION, USP) AUTO-INJECTOR, TEVA PHARMACEUTICAL INDUSTRIES

1. Quickly twist the yellow or green cap off of the auto-injector in the direction of the "twist arrow" to remove it.
2. Grasp the auto-injector in your fist with the orange tip (needle end) pointing downward. With your other hand, pull off the blue safety release.
3. Place the orange tip against the middle of the outer thigh at a right angle to the thigh.
4. Swing and push the auto-injector firmly into the middle of the outer thigh until it 'clicks'. Hold firmly in place for 3 seconds (count slowly 1, 2, 3).
5. Remove and massage the injection area for 10 seconds. Call 911 and get emergency medical help right away.



## HOW TO USE SYMJEPI™ (EPINEPHRINE INJECTION, USP)

1. When ready to inject, pull off cap to expose needle. Do not put finger on top of the device.
2. Hold SYMJEPI by finger grips only and slowly insert the needle into the thigh. SYMJEPI can be injected through clothing if necessary.
3. After needle is in thigh, push the plunger all the way down until it clicks and hold for 2 seconds.
4. Remove the syringe and massage the injection area for 10 seconds. Call 911 and get emergency medical help right away.
5. Once the injection has been administered, using one hand with fingers behind the needle slide safety guard over needle.



## ADMINISTRATION AND SAFETY INFORMATION FOR ALL AUTO-INJECTORS:

1. Do not put your thumb, fingers or hand over the tip of the auto-injector or inject into any body part other than mid-outer thigh. In case of accidental injection, go immediately to the nearest emergency room.
2. If administering to a young child, hold their leg firmly in place before and during injection to prevent injuries.
3. Epinephrine can be injected through clothing if needed.
4. Call 911 immediately after injection.

## OTHER DIRECTIONS/INFORMATION (may self-carry epinephrine, may self-administer epinephrine, etc.):

Treat the person before calling emergency contacts. The first signs of a reaction can be mild, but symptoms can worsen quickly.

### EMERGENCY CONTACTS — CALL 911

RESCUE SQUAD: \_\_\_\_\_

DOCTOR: \_\_\_\_\_ PHONE: \_\_\_\_\_

PARENT/GUARDIAN: \_\_\_\_\_ PHONE: \_\_\_\_\_

### OTHER EMERGENCY CONTACTS

NAME/RELATIONSHIP: \_\_\_\_\_ PHONE: \_\_\_\_\_

NAME/RELATIONSHIP: \_\_\_\_\_ PHONE: \_\_\_\_\_

NAME/RELATIONSHIP: \_\_\_\_\_ PHONE: \_\_\_\_\_

**PHYSICIAN/APN ORDERS REGARDING EMERGENCY EPINEPHRINE ADMINISTRATION**

Student Name: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_

Grade: \_\_\_\_\_

Student's Physician's or Advanced Practice Nurse Name and Address:

\_\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_, am the physician/advanced practice nurse for student \_\_\_\_\_.

This student has a potentially life-threatening illness and/or is subject to a life-threatening allergic reaction, and may require the emergency administration of epinephrine, for anaphylaxis, by the school nurse or a designee.

Name of Medication: \_\_\_\_\_

Purpose of the Medication: \_\_\_\_\_

Timing and Dosage Information for Medication: \_\_\_\_\_

Any Possible Side Effects of the Medication: \_\_\_\_\_

Date when Physician's Written Orders Will be Discontinued for Use of This Medication, if Necessary:

\_\_\_\_\_

This student is physically fit to attend school and is free of contagious disease. This student would not be able to attend school if the medication was not administered during school hours, field trips, and school-sponsored extracurricular activities.

Please check whether the following statements apply:

\_\_\_\_\_ This student is capable of self-administration of this medication.

\_\_\_\_\_ This student has been instructed in the proper method of self-administration of this medication.

\_\_\_\_\_  
Physician/APN Signature

\_\_\_\_\_  
Date

# **FORMULARIO DE ADMINISTRACIÓN DE EMERGENCIA DE EPINEFRINA (EpiPen)**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## **1. Administración de Epinefrina por la Enfermera de la Escuela o Persona Designada**

Verifico que mi hijo (a) \_\_\_\_\_ tiene una enfermedad potencialmente mortal y/o está sujeto (a) a una reacción alérgica potencialmente mortal. Mi hijo (a) puede requerir de la administración de emergencia de medicamento por la enfermera de la escuela o la persona designada. Las órdenes escritas del médico o la enfermera de práctica avanzada de mi hijo (a) requieren que mi hijo (a) pueda necesitar que se le administre epinefrina para la anafilaxia a través de un mecanismo de auto-inyección precargado durante el horario escolar, excursiones y actividades extracurriculares patrocinadas por la escuela. Doy mi consentimiento para que la enfermera de la escuela o la persona designada administre epinefrina para la anafilaxia a través de un mecanismo de auto-inyección precargado a mi hijo (a) si es necesario.

Entiendo y reconozco que el Distrito de Escuelas Públicas de Dover y sus empleados y agentes no tendrán ninguna responsabilidad como resultado de cualquier lesión que surja de la administración de epinefrina a través de un mecanismo de auto-inyección precargado a mi hijo (a). Por la presente indemnizo y exonero de responsabilidad al Distrito de Escuelas Públicas de Dover y a sus empleados y agentes contra cualquier reclamo que surja de la administración de epinefrina a través de un mecanismo de auto-inyección precargado a mi hijo (a).

El permiso para que la enfermera de la escuela o la persona designada administre epinefrina a través de un mecanismo de auto-inyección precargado solo es efectivo para este año escolar. Reconozco que mi hijo (a) será transportado a la sala de emergencias de un hospital por el personal de los servicios de emergencias después de la administración de epinefrina, incluso si los síntomas de mi hijo (a) parecen haberse resuelto. Doy mi consentimiento para la divulgación de la información médica de mi hijo (a) de que padece una enfermedad potencialmente mortal y/o está sujeto(a) a una reacción alérgica potencialmente mortal que puede requerir la administración de epinefrina para la anafilaxia a través de un mecanismo de auto-inyección precargado en base a la necesidad de dejar saber a personas y a través de Génesis.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **2. Administración de Epinefrina por el Estudiante**

Verifico que mi hijo (a) \_\_\_\_\_ tiene una enfermedad potencialmente mortal y/o está sujeto (a) a una reacción alérgica potencialmente mortal. Mi hijo (a) puede necesitar autoadministración de medicamentos de emergencia. Las órdenes escritas del médico o la enfermera de práctica avanzada de mi hijo (a) requieren que mi hijo (a) pueda necesitar autoadministrarse epinefrina para la anafilaxia a través de un mecanismo de auto-inyección precargado durante el horario escolar, excursiones, y actividades extracurriculares patrocinadas por la escuela. Reconozco que mi hijo (a) ha recibido la capacitación adecuada para autoadministrarse epinefrina para la anafilaxia a través de un mecanismo de auto-inyección precargado. Doy mi consentimiento para que mi hijo (a) se autoadministre epinefrina para la anafilaxia a través de un mecanismo de auto-inyección precargado durante el horario escolar, excursiones, y actividades extracurriculares patrocinadas por la escuela. A mi hijo (a) se le permite llevar epinefrina a través de un mecanismo de auto-inyección precargado, durante el horario escolar, excursiones y actividades extracurriculares patrocinadas por la escuela.

Reconozco y acepto que la enfermera de la escuela o la persona designada puedan administrarle epinefrina para la anafilaxia a través de un mecanismo de auto-inyección precargado a mi hijo (a), aunque mi hijo (a) pueda autoadministrarse el medicamento.

Entiendo y reconozco que el Distrito de Escuelas Públicas de Dover y sus empleados y agentes no tendrán ninguna responsabilidad como resultado de cualquier lesión que surja de la autoadministración de epinefrina a través de un mecanismo de auto-inyección precargado. Por la presente indemnizo y exonero de responsabilidad al Distrito de Escuelas Públicas de Dover y a sus empleados y agentes contra cualquier reclamo que surja de la autoadministración de epinefrina a través de un mecanismo de auto-inyección precargado.

El permiso para que mi hijo(a) se autoadministre epinefrina a través de un mecanismo de auto-inyección precargado solo es efectivo para este año escolar. Reconozco que mi hijo (a) será transportado a la sala de emergencias de un hospital por el personal de los servicios de emergencias después de la administración de epinefrina, incluso si los síntomas de mi hijo(a) parecen haberse resuelto. Doy mi consentimiento para la divulgación de la información médica de mi hijo(a) de que padece una enfermedad potencialmente mortal y/o está sujeto(a) a una reacción alérgica potencialmente mortal que puede requerir la autoadministración de epinefrina para la anafilaxia a través de un mecanismo de auto-inyección precargado en base a la necesidad de dejar saber a personas y a través de Génesis.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha