ANAPHYLAXIS Medication Administration Checklist

- **Prescription medication form** - gives permission for school to administer prescription medication. This form must be completed by a healthcare provider and signed by a parent/guardian. Can be faxed to: 864-383-6293 from the provider's office if desired.

- **Anaphylaxis Action Plan and Authorization Forms** - must be completed by a healthcare provider. These forms provide guidance in urgent and emergency situations including additional doses/medications and indicators for using Epinephrine injectors (EpiPen). Completed forms may be faxed from the provider's office if desired.

- **New, unopened prescription** - EpiPens/medications must be in the original packaging with prescription information attached. ***ALL MEDICATIONS MUST BE BROUGHT INTO THE SCHOOL BY AN ADULT***.

Please ensure all forms are completely filled out and signed in the appropriate places.

If you have any questions or need assistance, please contact the school nurse

Kaylyn Hayes, BSN, RN
School Nurse - Elementary
Office:864-214-1632
khayes@legacyearlycollege.org

Jennifer Ramey, BSN, RN
School Nurse -Middle/High Parker
Office: 864-214-1631
jramey@legacyearlycollege.org

Nurse Fax: 864-383-6293

ANAFILAXIA Lista de verificación de administración de medicamentos

- **Formulario de medicamentos recetados** - Esta forma debe ser completado por un proveedor de atención médica y firmado por un padre/tutor. Medicamento No lo haré administrado sin un formulario de permiso completo!
- **Plan de acción de anafilaxia y formularios de autorización** -debe ser completado por un proveedor de atención médica y firmado por un padre/tutor.Brinda orientación e información en caso de que su estudiante tenga una reacción alérgica grave.
- **Alergias alimentarias** - solicite también al médico que complete el plan de atención de emergencia para alergias alimentarias de FARE que especifica cuándo se debe administrar epinefrina después de que se produzca una exposición a una alergia alimentaria.
- **El medicamento debe estar en el envase original con la etiqueta de prescripción -** Los medicamentos sin los envases originales y la información de prescripción no serán aceptados.***TODOS LOS MEDICAMENTOS DEBEN SER TRAÍDOS A LA ESCUELA POR UN ADULTO***.

Asegúrese de que todos los formularios estén completamente llenos y firmados en los lugares apropiados.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, comuníquese con la enfermera de la escuela.

Kaylyn Hayes, BSN, RN
School Nurse - Elementary
Office: 864-214-1632
khayes@legacyearlycollege.org

Jennifer Ramey, BSN, RN
School Nurse -Middle/High Parker
Office: 864-214-1631
jramey@legacyearlycollege.org

Nurse Fax: 864-383-6293

LEGACY EARLY COLLEGE
Pre-K through College

For school use only:
Routine
PRN (as needed)
Start date:_____

Permission for School Administration of Prescription Medication

Medications should be administered by a parent or guardian before or after school hours, when possible. Initial doses of a medication that a child has never taken before should not be given at school. Medication to be given at school should be accompanied by this form, completed with the prescribing physician's signature, and provided to the school in the original labeled container provided by the pharmacist who filled the prescription. "Sample" medications must be provided in a container that appropriately identifies the medication and must be accompanied by a note signed and dated by the prescribing health care provider that includes the student's name, directions for proper administration, and the name, address, and phone number of the prescribing health care provider.

Scholar's Name | DOB | Grade / Teacher

Does your child have allergies?	☐ No ☐ Yes:

Medication:	Dosage:
Diagnosis / ICD 10:	Route:
School Administration: ☐ Daily Time Required: ____ ☐ PRN Indication: ____ Interval: ____ Hours ____ Minutes	Order Duration: ☐ Until end of current school year ☐ Other (specify): If a tablet, may it be crushed? ☐ Yes ☐ No
Possible Side Effects / Special Instruction:	

Stamp, Print or Type Health Care Provider's Name, & Address:	Office phone number:

HEALTH CARE PROVIDER SIGNATURE:_____

Consent & Authorization:
I give permission for my child to receive the above medication as prescribed and authorize the school nurse and appropriate school personnel, including administrators, special education staff, and IEP/504 team members, to communicate as needed regarding my child's health, medication, and related educational planning. I authorize the school nurse or designated school personnel to contact the health care provider and/or pharmacist to clarify medication orders and discuss my child's care, and I authorize the provider, pharmacist, and/or their staff to share relevant health and medication information with the school nurse and appropriate school personnel for this purpose. I understand that I am responsible for notifying the school of any changes to my child's medication and providing updated orders as needed.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Anaphylaxis reviewed KB 5/26

LEGACY EARLY COLLEGE
Pre-K through College

me: _____ Daytime Phone: _____

Permiso para la Administración Escolar de Prescripción médica

Los medicamentos deben ser administrados por un padre o tutor antes o después del horario escolar, cuando sea posible. Las dosis iniciales de un medicamento que un niño nunca ha tomado antes no deben administrarse en la escuela. Los medicamentos que se administrarán en la escuela deben ir acompañados de este formulario, completados con la firma del médico que los recetó y entregados a la escuela en el envase original con la etiqueta proporcionada por el farmacéutico que surtió la receta. Los medicamentos de "muestra" deben proporcionarse en un recipiente que identifique adecuadamente el medicamento y deben ir acompañados de una nota firmada y fechada por el proveedor de atención médica que los recetó que incluya el nombre del estudiante, las instrucciones para la administración adecuada y el nombre, la dirección y el teléfono. número del proveedor de atención médica que prescribe.

_____ _____

_____

Nombre de Estudiante Grado Fecha de nacimiento

¿Es su hijo alérgico a algún alimento, medicamento u otros artículos? ☐No ☐Sí (En caso afirmativo, enumere las alergias)

Medicamento:	Dosis:
Propósito de la medicación:	Ruta:
Administración en la escuela: ☐ Diario Hora requerida: ☐ ☐ PRN Indicación: ☐ Intervalo: ☐	Duración de la orden: Si aplica: ¿Se puede triturar la tableta? Sí / No
Posibles efectos secundarios:	

Selle, imprima o escriba a máquina el nombre y la dirección del proveedor de atención médica:	Número de teléfono de la oficina:

FIRMA DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA:_____

Consentimiento y Autorización: Doy permiso para que mi hijo(a) reciba el medicamento indicado según la prescripción y autorizo a la enfermera escolar y al personal escolar correspondiente, incluidos administradores, personal de educación especial y miembros del equipo del IEP/504, a comunicarse según sea necesario sobre la salud de mi hijo(a), su medicamento y la planificación educativa relacionada. Autorizo a la enfermera escolar o al personal designado a comunicarse con el proveedor de salud y/o el farmacéutico para aclarar las órdenes del medicamento y hablar sobre la atención de mi hijo(a), y autorizo al proveedor, farmacéutico y/o su personal a compartir información relevante sobre la salud y el medicamento con la enfermera escolar y el personal escolar correspondiente para este propósito. Entiendo que soy responsable de notificar a la escuela sobre cualquier cambio en el medicamento de mi hijo(a) y de proporcionar órdenes actualizadas según sea necesario.

Firme del padre/tutor: Teléfono durante el día:

_____ _____

LEGACY EARLY COLLEGE
Pre-K through College

etra de mode: _____ Fecha: _____

For school use only:
Routine
PRN (as needed)
Start date:_____

Allergy and Anaphylaxis Action Plan

Scholar:	Date of Birth:	Grade:
Scholar is severely allergic to:		

Does the scholar have **asthma**? ☐ Yes ☐ No *(If yes, higher change of severe reaction)*

Has the scholar had anaphylaxis **before**? ☐ Yes ☐ No

For Severe Allergy and Anaphylaxis

What to look for:

- Shortness of breath, wheezing, coughing
- Pale or bluish skin
- Fainting or dizziness
- Tight or hoarse throat
- Trouble breathing or swallowing
- Swelling of lips or tongue
- Vomiting (if accompanied by other symptoms)
- Hives or redness over body
- Feeling of "doom", confusion, or agitation

☐ **SPECIAL SITUATION**: If this box is checked, the scholar has an extremely severe allergy. Give epinephrine for any exposure to _____, even if symptoms are mild!

What to do:

- **Inject epinephrine right away**! Note the time epinephrine was given.
- Call 911 and inform the operator that you have administered epinephrine
- Stay with the scholar and give a second dose if symptoms get worse, continue, or do not improve within 15 minutes
- Notify the scholar's parent/guardian
- Keep the scholar in a position of comfort or lying on back with legs elevated
- Give other medicine, if prescribed. Do not use other medicine in place of epinephrine.
  - Antihistamine
  - Inhaler/bronchodilator

For Mild Allergic Reaction

What to look for:

- Itchy nose, sneezing, itchy mouth
- A few hives
- Mild stomach nausea or discomfort

What to do:

Stay with scholar and:

- Watch the scholar closely for at least 20 minutes.
- Give antihistamine (if prescribed).
- Call a parent/guardian.
- If more than 1 symptom or symptoms of severe allergy/anaphylaxis develop, use epinephrine. (See "For Severe Allergy and Anaphylaxis.")

Medications & Doses

	Epinephrine (intramuscular injection)	Dose: ☐ 0.15 mg ☐ 0.3 mg
	Antihistamine:_____	Dose:
	Other:_____	Dose:

Physician Name:_____ Phone #: _____

Physician Signature: _____ Date: _____

Parent/Guardian Name: _____ Phone #: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Plan de acción de alergias y anafilaxia

Estudiante:	Fecha de nacimiento:	Grado:
El estudiante es gravemente alérgico a:		

¿El estudiante tiene **asma**? ☐ Sí ☐ No *(En caso afirmativo, mayor cambio de reacción grave)*

¿El estudiante ha tenido **anafilaxia**? ☐ Sí ☐ No

Para alergias graves y anafilaxia

Qué buscar:

- Dificultad para respirar, sibilancias, tos.
- Piel pálida o azulada
- Desmayos o mareos
- Garganta apretada o ronca
- Problemas para respirar o tragar
- Hinchazón de labios o lengua.
- Vómitos (si van acompañados de otros síntomas)
- Urticaria o enrojecimiento sobre el cuerpo.
- Sensación de “perdición”, confusión o agitación.

☐ **SITUACIÓN ESPECIAL**: Si esta casilla está marcada, el estudiante tiene una alergia extremadamente grave. Administre epinefrina ante cualquier exposición a _____, ¡incluso si los síntomas son leves!

Qué hacer:

- **Inyecte epinefrina de inmediato**! Tenga en cuenta la hora a la que se administró la epinefrina.
- Llame al 911 e informe al operador que le ha administrado epinefrina.
- Permanezca con el estudiante y administre una segunda dosis si los síntomas empeoran, continúan o no mejoran en 15 minutos.
- Notificar al padre/tutor del estudiante
- Mantenga el estudiante en una posición cómoda o recostado boca arriba con las piernas elevadas.
- Administre otros medicamentos, si se los recetaron. No use otros medicamentos en lugar de epinefrina.
  - Antihistamínico
  - Inhalador/broncodilatador

Para reacciones alérgicas leves

Qué buscar:

- Picazón en la nariz, estornudos, picazón en la boca.
- Algunas colmenas
- Náuseas o malestar estomacal leve

Qué hacer:

Quédese con el estudiante y:

- Observe atentamente el estudiante durante al menos 20 minutos.
- Administre antihistamínico (si se lo recetan).
- Llame a un padre/tutor.
- Si se desarrolla más de 1 síntoma o síntomas de alergia/anafilaxis grave, use epinefrina. (Consulte “Para alergias graves y anafilaxia”).

Medicamentos y dosis

	Epinefrina (inyección intramuscular)	Dosis: ☐ 0,15 mg ☐ 0,3 mg
	Antihistamínico:_____	Dosis:
	Otro:_____	Dosis:

Nombre del médico:_____ Número de teléfono: _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

Nombre del padre/tutor: _____ Número de teléfono: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____