

Emergency Care for the Management of a Student with a Diagnosis of Anaphylaxis- Chăm sóc Khẩn cấp để Trông nom Một Học sinh Được Chẩn đoán Có Phản ứng Quá Mẫn tính

Release and Indemnification Agreement for Epinephrine Auto-Injector- Thỏa thuận về Hủy bỏ Trách nhiệm và Bồi hoàn khi dùng thuốc tự chích Epinephrine Auto-Injector



CÁC TRƯỜNG CÔNG LẬP QUẬN MONTGOMERY
Montgomery County Department Of Health And Human Services
Rockville, Maryland 20850

MCPS Form 525-14
Tháng 8, 2023
Trang 1 của 2

PHẦN I: DO PHỤ HUYNH/GIÁM HỘ ĐIỀN

Tôi yêu cầu và cho phép nhân viên của Các Trường Công Lập Quận Montgomery (MCPS) và Sở Y Tế và Xã Hội (DHHS) Quận Montgomery cung cấp việc điều trị y khoa được chỉ định theo sự chỉ dẫn của người cung cấp dịch vụ y tế có phép (Phần II, dưới đây). Tôi đồng ý để hủy bỏ trách nhiệm, bồi thường, và không khiếu nại MCPS và DHHS và bất cứ quan chức, nhân viên, hay đại lý nào của họ tránh khỏi kiện tụng, yêu cầu bồi thường, hay hành động chống lại họ vì đã cho học sinh này dùng thuốc theo toa, miễn là nhân viên MCPS và DHHS đã tuân theo chỉ dẫn của người cung cấp dịch vụ y tế có phép như được viết trong phần II. Tôi biết là mũi chích có thể được một nhân viên đã được huấn luyện thực hiện, không có giấy phép hành nghề. Tôi đã đọc các thủ tục ghi phía sau mẫu đơn này và xin nhận trách nhiệm theo như yêu cầu.

Tôi hiểu là đội cấp cứu (911) sẽ luôn được gọi mỗi khi chích epinephrine auto injector, dù học sinh có hay không bộc lộ bất cứ dấu hiệu anaphylaxis nào.

Tên Học Sinh: Họ _____ Tên _____ Tên lót _____

MCPS ID# _____ Ngày Sinh ____/____/____ Tên Trường Học _____

Học sinh sẽ ăn thức ăn ở phòng ăn MCPS Có Không

Chữ ký, Phụ huynh/Giám hộ _____ Số Điện Thoại ____-____-____ Ngày ____/____/____

PART II: TO BE COMPLETED BY THE AUTHORIZED PRESCRIBER (DO NGƯỜI CUNG CẤP DỊCH VỤ Y TẾ CÓ PHÉP ĐIỀN)

In accordance with Maryland State Regulations, the epinephrine auto-injector may be administered by unlicensed staff (DHHS School Health Room Technician (SHRT) or MCPS employee) that are trained by the School Community Health Nurse (SCHN). Unlicensed staff **do not** wait for symptoms for students with an authorized prescriber's order to administer the epinephrine auto-injector.

1. **Name of medication:** epinephrine auto-injector (*epinephrine auto-injector will not be accepted for the management of asthma*).

2. **Diagnosis:** Anaphylaxis/Severe allergic reaction to: _____

3. **Dosage of medication:** Check (✓) one: epinephrine auto-injector 0.15 mg. epinephrine auto-injector 0.3 mg.

4. Repeat dose in 10 minutes if rescue squad has not arrived.* Yes No

*NOTE: For repeat dose, a second epinephrine auto-injector must be ordered and brought to school.

5. **Time to be given at school: PRN. Check (✓) all that apply**

Ingestion of:

Peanut Tree nut Soy Sesame Fish Shellfish Wheat

Milk—safe in baked goods Yes No Egg—safe in baked goods Yes No

Other food(s) _____

Stinging insects—i.e., bees, wasps, hornets, yellow jackets

Other known or unknown allergen(s) (must include specific symptoms): _____

6. **Route of administration for epinephrine auto-injector:** Intramuscularly (IM) into anterolateral aspect of the thigh.

7. **Side effects:** Palpitations, rapid heart rate, sweating, nausea and vomiting: _____

THIS MEDICATION AUTHORIZATION IS EFFECTIVE Current school year, or Effective dates ____/____/____ to ____/____/____

Authorized Prescriber _____
Name—Print or Type Phone Number Original Signature, Authorized Prescriber Date

SELF-CARRY/SELF-ADMINISTRATION OF EMERGENCY MEDICATION: AUTHORIZATION/APPROVAL

Self-carry/self-administration of **emergency** medication **must** be authorized by the prescriber and be approved by the school nurse according to Maryland State School Health Services Guidelines.

Prescriber's authorization for self-carry/self-administration of emergency medication:

Signature, Authorized Prescriber _____ Date ____/____/____

SCHN approval for self-carry/self-administration of emergency medication:

Reviewed by: Signature, SCHN _____ Date ____/____/____

PART III: TO BE COMPLETED BY THE SCHN OR PRINCIPAL (DO HIỆU TRƯỞNG HAY Y TÁ TRƯỜNG HOÀN TẤT)

Parts I and II are complete, including signatures. It is acceptable if all items in Part II are written on the authorized prescriber's stationery/prescription form.

Medication properly labeled by a pharmacist. **Epinephrine auto-injectors** received: 1 injector 2 injectors

Reviewed by: Signature, SCHN/Principal _____ Date ____/____/____

THÔNG TIN VÀ THỦ TỤC

1. Toa riêng của học sinh có phép cho Epinephrine Auto Injector SẼ KHÔNG ĐƯỢC CHO DÙNG TẠI TRƯỜNG HAY TRONG CÁC SINH HOẠT DO TRƯỜNG bảo trợ mà không có sự cho phép và sự khước từ có chữ ký của phụ huynh/giám hộ cũng như một đơn thuốc/ giấy cho phép cho học sinh với chẩn đoán anaphylaxis.
2. Mẫu đơn phải có trong hồ sơ của tập hồ sơ y tế của học sinh. Phụ huynh/giám hộ có trách nhiệm lấy đơn thuốc/giấy cho phép của người cung cấp dịch vụ y tế. (Xem Phần II.) Hiệu trưởng hay y tá trường sẽ bảo đảm là tất cả các mục trên mẫu đơn đã hoàn tất.
3. Phụ huynh/giám hộ có trách nhiệm nạp một mẫu đơn mới cho trường học vào mỗi niên học và bất cứ khi nào có sự thay đổi trong lượng thuốc hay điều kiện mà thuốc epinephrine auto injector phải cho như thế nào.
4. Người cung cấp dịch vụ y tế có phép có thể dùng giấy của phòng mạch hay giấy kê toa thay vì phải điền vào Phần II. Thông tin cần thiết bao gồm: tên học sinh, chất gây dị ứng mà epinephrine auto injector được chỉ định, số lượng của epinephrine đo trước, cho phép lập lại lượng thuốc nếu cần thiết, chữ ký của người cung cấp dịch vụ y tế có phép và ngày.
5. Thuốc phải được dược sĩ ghi trên nhãn rõ ràng và theo đúng với lệnh của người cung cấp dịch vụ y tế có phép. Nếu lệnh của người cung cấp dịch vụ y tế bao gồm cho phép lập lại epinephrine auto injector, một epinephrine auto injector phụ trội phải được phụ huynh/ giám hộ cung cấp.
6. Thuốc phải được phụ huynh/người giám hộ hoặc người lớn được chỉ định giao tận tay cho trường. Nhân viên sẽ **không** cho học sinh uống thuốc do học sinh mang đến trường.
7. Tất cả thuốc giữ tại trường học sẽ được cất tại một nơi an toàn chỉ có nhân viên có ủy quyền mới được truy cập.
8. Phụ huynh/giám hộ có trách nhiệm lấy lại bất cứ phần thuốc nào còn lại trong vòng một tuần sau ngày hết hạn của toa thuốc của người cung cấp dịch vụ y tế có phép hay vào cuối niên học. Thuốc không được lấy lại trong thời gian đó sẽ bị hủy bỏ.
9. Chỉ định của bác sĩ và giấy phép của phụ huynh/giám hộ là cần thiết cho các thuốc khẩn cấp tự đem theo/tự sử dụng. Y tá trường học phải thẩm định và chấp thuận khả năng và năng lực để tự dùng thuốc của học sinh. Học sinh phải hiểu sự cần thiết phải báo cáo với nhân viên y tế hoặc nhân viên MCPS sau khi tự sử dụng ống tiêm tự động epinephrine.
10. Người y tá tại trường sẽ gọi người bác sĩ được chỉ định, theo sự cho phép của Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), nếu có một câu hỏi về toa epinephrine auto-injector.
11. Dùng [MCPS Form 525-13, Authorization to Administer Prescribed Medication, Release and Indemnification Agreement](#), (Cho Phép Nhân viên Trường Cho Học sinh Uống thuốc theo Toa, Thỏa thuận về Hủy bỏ Trách nhiệm và Bồi hoàn), cho tất cả các loại thuốc theo toa khác.