

Autorisation d'Administrer les Médicaments Prescrits (Authorization to Administer Prescribed Medication)

Accord de Décharge de Responsabilité et d'Indemnisation (Release and Indemnification Agreement)

Formulaire 525-13 de MCPS

Février, 2019

Page 1 de 2



MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
MONTGOMERY COUNTY DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
Rockville, Maryland 20850

PARTIE I: À REMPLIR PAR LE PARENT/TUTEUR LÉGAL

Je certifie et autorise par la présente, Montgomery County Public Schools (MCPS) ainsi que le personnel de Montgomery County Department of Health and Human Services (DHHS) à administrer le médicament prescrit tel qu'indiqué par un prescripteur autorisé, (Partie II, ci-dessous). Je conviens de libérer, dédommager, défendre et tenir exempt de toutes responsabilités MCPS et DHHS ainsi que chacun de leurs fonctionnaires, membres du personnel, employés ou agents de toute poursuite judiciaire, de toute réclamation, demande, ou, de toute action, etc., pour avoir administré le traitement à cet élève, à condition que les membres du personnel de MCPS et de DHHS suivent les ordonnances autorisées par le prescripteur tel que décrit dans la Partie II ci-dessous. J'ai lu les procédures décrites au verso de ce formulaire et j'assume les responsabilités comme requis.

Nom de l'Élève: Nom, _____ Prénom, _____ Initiale du Deuxième Prénom _____

Numéro d'Identification de MCPS _____ Date de Naissance ____/____/____ Nom de l'École _____

Ordonnance: Renouvelée Nouvelle Si nouvelle, le premier jour de la dose complète a été administrée à la maison le: ____/____/____

Énumérez tous les médicaments que prend l'élève, y compris les médicaments en vente libre:

Signature, Parent/Tuteur Légal _____ Numéro de Téléphone ____-____-____ Date ____/____/____

PART II: TO BE COMPLETED BY THE AUTHORIZED PRESCRIBER (PARTIE II: À REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR AUTORISÉ)

DHHS and MCPS discourage the administration of medication to students in school during the school day. Any necessary medication that possibly can be administered before and after school should be so prescribed. Only non-parenteral medications are administered except in specific emergency situations. School personnel will, when it is absolutely necessary, administer medication to students during the school day and while participating in outdoor education programs and overnight field trips, according to the procedures outlined on the back of this form.

PLEASE USE A SEPARATE FORM FOR EACH MEDICATION

Name of Medication (*trade name or generic*): _____ Diagnosis: _____

Dosage: _____ Time(s) to be given at school: _____
Ranges not accepted (i.e., 1 to 2 tabs or 2 to 4 puffs)

Route of Administration: _____

Medication orders effective Current school year, **OR** Effective dates ____/____/____ to ____/____/____

Side Effects: _____

If PRN, specify when indicated (signs/symptoms) _____

Frequency of administration (ranges not accepted, i.e. every 2 to 4 hours) _____

Authorized Prescriber's Name (print/type) _____ Phone ____-____-____ Date ____/____/____

Authorized Prescriber Signature _____

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

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

Authorized prescriber's authorization for self-carry/self-administration of emergency medication

Signature _____ Date ____/____/____

School Nurse (RN) approval for self-carry/self-administration of emergency medication

Signature _____ Date ____/____/____

PART III: TO BE COMPLETED BY THE SCHOOL COMMUNITY HEALTH NURSE OR PRINCIPAL (PARTIE III – À REMPLIR PAR L'INFIRMIÈRE EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE SCOLAIRE OU PAR LE DIRECTEUR)

Check as appropriate:

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

Prescription medication is properly labeled by a pharmacist.

Medication label and authorized prescriber order are consistent.

Over-the-counter medication is in an original container with the manufacturer's dosage label and safety seal intact.

____/____/____ Date any unused medication is to be collected by the parent/guardian (within one week after expiration of the authorized prescriber's order).

Signature, School Community Health Nurse (SCHN)/Principal _____ Date ____/____/____

INFORMATIONS ET PROCÉDURES

1. Aucun médicament ne sera administré à l'école ou durant les activités organisées par l'école sans l'autorisation ou décharge signée par le parent/tuteur légal et sans une ordonnance écrite par le prescripteur autorisé. Ceci inclut aussi les médicaments sur ordonnance et en vente libre (over-the-counter - OTC).
2. Ce formulaire doit être rempli pour l'administration de médicaments à l'école. Formulaire 525-14 de MCPS, *Les soins d'urgence pour la prise en charge d'un élève ayant reçu un diagnostic d'Anaphylaxie, Décharge de Responsabilité et Indemnisation pour un Injecteur Automatique d'Épinéphrine*, sont privilégiés pour les auto-injecteurs d'épinéphrine .
3. Le parent/tuteur légal est chargé de remplir la Partie I et d'obtenir l'attestation du prescripteur autorisé sur la Partie II. Ceci est exigé pour chaque année scolaire, pour chaque ordonnance existante ou nouvelle, si une modification du dosage est effectuée ou dans le cas où le médicament est administré à un horaire différent au cours de l'année scolaire. (Un prescripteur autorisé peut utiliser le papier à en-tête/le carnet d'ordonnances de son cabinet médical au lieu de remplir la Partie II.) Les informations requises incluent : le nom de l'élève, le diagnostic, le nom du médicament, le dosage, l'heure d'administration, la durée de l'ordonnance médicale, les effets secondaires, la signature du prescripteur autorisé, et la date.
4. Le médicament doit être livré à l'école par le parent/tuteur légal ou, dans des circonstances particulières, par un adulte désigné par le parent/tuteur légal. En aucune circonstance le personnel de la santé en milieu scolaire (DHHS) ou de l'école (MCPS) n'est autorisé à administrer des médicaments apportés à l'école par l'élève.
5. Tous les médicaments d'ordonnance doivent être fournis dans un contenant portant l'étiquette du pharmacien. Un médicament en vente libre doit être dans l'emballage original avec l'étiquette de la dose du fabricant et le sceau de sécurité intact. Des échantillons provenant du prescripteur autorisé doivent être étiquetés de façon adéquate par le prescripteur autorisé.
6. La première dose de la journée de toute nouvelle ordonnance non-urgente devra être administrée à la maison avant que la dose ne soit administrée à l'école.
7. Le parent/tuteur légal est chargé de récupérer toute portion non utilisée d'un médicament dans la semaine suivant l'expiration de l'ordonnance du prescripteur autorisé ou à la fin de l'année scolaire. Les médicaments non réclamés dans ce délai seront détruits.
8. Les médicaments que l'élève s'administre lui-même et/ou les médicaments non-prescrits sont entièrement la responsabilité du parent/tuteur légal et non celle de MCPS ou de DHHS. Des médicaments sans l'ordonnance du prescripteur autorisé et le consentement du parent/tuteur légal ne seront pas gardés dans la salle de la santé.
9. Les élèves ne peuvent pas s'administrer des substances contrôlées.
10. Une ordonnance du prescripteur autorisé ainsi qu'une autorisation du parent/tuteur légal sont nécessaires pour que l'élève puisse apporter/s'administrer ses médicaments d'urgence tels que les inhalateurs pour l'asthme et les auto-injecteurs d'épinéphrine pour l'anaphylaxie. **L'infirmier(ère) scolaire doit évaluer et approuver l'aptitude et la capacité de l'élève de s'administrer les médicaments. Il est impératif que l'élève comprenne la nécessité de signaler au personnel de santé ou au personnel de MCPS qu'il s'est administré lui-même son inhalateur sans aucune amélioration ou qu'il s'est administré un auto-injecteur d'épinéphrine pour que 911 soit appelé.**
11. L'infirmier(ère) scolaire appellera le prescripteur autorisé, conformément au *Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)*(Loi qui vise à protéger le caractère confidentiel et la sécurité d'informations relatives à la santé personnelle), si des questions se présentent concernant l'élève et/ou le traitement prescrit pour cet élève.