

Soins d'Urgence pour la Gestion d'un Élève Ayant Reçu un Diagnostic d'Anaphylaxie



Accord d'Indemnisation et de Décharge de Responsabilité pour l'Auto-injecteur d'Épinéphrine
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
MONTGOMERY COUNTY DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
Rockville, Maryland 20850

Formulaire 525-14 de MCPS
Février, 2019
Page 1 de 2

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 l'auto-injecteur d'épinéphrine tel qu'indiqué par le 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. Je suis conscient que l'injection peut être administrée par un membre du personnel sans qualifications ayant reçu une formation auprès d'un professionnel de la santé qualifié. J'ai lu les procédures décrites au verso de ce formulaire et j'assume les responsabilités comme requis.

Je comprends que l'équipe de secours (911) sera toujours appelée lorsqu'un auto-injecteur d'épinéphrine sera administré, que l'élève présente des symptômes d'anaphylaxie ou pas.

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

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

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)

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 are **not** allowed to wait for the appearance and observe for the development of symptoms for students with an authorized prescriber's order to administer the epinephrine auto-injector.

- Name of medication:** epinephrine auto-injector
NOTE: *Epinephrine auto-injector will not be accepted for the management of asthma.*
- Diagnosis:** Anaphylaxis/Severe allergic reaction to: _____
- Dosage of medication:** Check (✓) one: epinephrine auto-injector 0.15 mg. epinephrine auto-injector 0.3 mg.
- 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.*
- Time to be given at school: PRN. Check (✓) all that apply:**
 Sting by bees, wasps, hornets, yellow jackets
 Ingestion of (specify): _____
 If other known or unknown allergen(s) (explain): _____
- Route of administration for epinephrine auto-injector:** Intramuscularly (IM) into anterolateral aspect of the thigh.
- 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 (PARTIE III : À COMPLÉTER PAR LE RPSC OU LE DIRECTEUR)

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 ____/____/____

INFORMATIONS ET PROCÉDURES

1. L'Auto-injecteur d'Épinéphrine prescrit par le prescripteur autorisé NE SERA PAS ADMINISTRÉ À L'ÉCOLE OU DURANT les activités parrainées par l'école sans l'autorisation et la décharge signée d'un parent/tuteur légal et sans l'ordonnance/l'autorisation d'un prescripteur autorisé pour les élèves ayant un diagnostic connu de l'anaphylaxie.
2. Ce formulaire doit être enregistré dans le dossier médical de l'élève. Le parent est responsable d'obtenir l'ordonnance/l'autorisation du prescripteur autorisé. (Voir la Partie II.) Le directeur ou l'infirmier(ère) scolaire veillera à ce que toutes les parties du formulaire soient remplies.
3. Le parent/tuteur est responsable de soumettre un nouveau formulaire à l'école chaque année scolaire et chaque fois qu'il y a un changement de dose ou des conditions dans lesquelles l'auto-injecteur d'épinéphrine est administré.
4. 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 nécessaires incluent: le nom de l'élève, les allergènes pour lesquels l'auto-injecteur d'épinéphrine est prescrit, la quantité d'épinéphrine pré-dosée, l'ordonnance pour les doses à renouveler si jugé nécessaire, la signature du prescripteur autorisé, et la date.
5. Les médicaments doivent être correctement étiquetés par un pharmacien et doivent correspondre à l'ordonnance du prescripteur autorisé. Si l'ordonnance du prescripteur autorisé inclut un auto-injecteur d'épinéphrine à refaire, un auto-injecteur d'épinéphrine supplémentaire doit être fourni par le parent/tuteur légal.
6. 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.
7. Tous les médicaments gardés à l'école seront conservés dans un endroit sûr, accessible uniquement à un personnel autorisé.
8. 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. Des médicaments non réclamés durant ce délai seront détruits.
9. En aucun cas l'infirmier(ière) de l'école, le/la technicien(ienne) de l'infirmerie, ou un membre du personnel scolaire (MCPS) n'administrera l'épinéphrine à un élève identifié comme ayant une réaction anaphylactique en dehors du cadre de la procédure décrite ci-dessus.
10. Une ordonnance du prescripteur autorisé ainsi qu'une autorisation du parent/tuteur légal sont nécessaires pour que l'élève porte lui-même/s'administre lui-même ses médicaments d'urgence tels que les auto-injecteurs d'épinéphrine pour anaphylaxie. L'infirmier(ère) scolaire doit évaluer et approuver l'aptitude et la capacité de l'élève de s'administrer des 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 un auto-injecteur d'épinéphrine pour que 911 soit appelé.
11. L'infirmier(ère) scolaire appellera le prescripteur autorisé, tel que permis par Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), (la loi sur la portabilité et la responsabilité en assurance santé) s'il y a des questions concernant l'élève et/ou le traitement prescrit pour l'élève.
12. Utilisez le [Formulaire 525-13 de MCPS](#), *Authorization to Administer Prescribed Medication, Release and Indemnification (Accord relatif à l'Autorisation d'Administrer des Médicaments Prescrits, à la Décharge de Responsabilité et, Indemnisation)*, pour tout autre médicament prescrit.