

# 아나필락시스 진단을 받은 학생의 관리를 위한 응급처치

(Emergency Care for the Management of a Student with a Diagnosis of Anaphylaxis)

## 에피네프린 자동 주사 제공과 면책권 동의서



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

MCPS Form 525-14  
2019년 2월  
1/2

### 1부: 학부모/후견인이 작성합니다. (TO BE COMPLETED BY THE PARENT/GUARDIAN)

본인은 Montgomery County Public Schools(MCPS)와 Montgomery County Department of Health and Human Services(DHHS)에게 의사/자격증 있는 처방자(2부 참조)가 지시한 에피네프린 자동 주사(epinephrine auto injector)를 행정담당자에게 제공할 것을 요청 및 승인합니다. 본인은 MCPS와 DHHS와 그 직원, 교직원, 고용인이 아래에 있는 2부에 명시된 의사의 지시에 따라 이 학생에게 제공하는 처방약 제공에 관한, 소송, 요구, 조치 등을 허락, 보호, 책임면제할 것에 동의합니다. 본인은 자동주사는 훈련된 자격증이 없는 직원이 제공할 수도 있음을 알고 있습니다. 본인은 이 양식 뒷면의 절차를 읽었으며 요구되는 의무사항을 이해했습니다.

본인은 에피네프린 자동 주사를 제공할 때, 학생이 아나필락시스 증세를 보이는데 상관이 없이 응급요원(911)에게 전화를 한다는 것을 알고 이해합니다.

학생 이름: \_\_\_\_\_ 성, 이름, 미들네임 이니셜 \_\_\_\_\_

MCPS 학생번호# \_\_\_\_\_ 생년월일 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 학교 이름 \_\_\_\_\_

학부모/후견인 서명 \_\_\_\_\_ 전화번호 \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 2부: 공인 처방자가 작성합니다. (TO BE COMPLETED BY THE AUTHORIZED PRESCRIBER)

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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 3부 - 학교 간호사 또는 학교장이 작성합니다( TO BE COMPLETED BY THE SCHN OR PRINCIPAL)

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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## 정보와 절차

1. 아나필락시스 진단을 받은 학생을 위한 학부모/후견인의 서명이 있는 허가서와 면제 허가서, 의사 지시/허가서 없이는 의사/자격증 있는 처방자가 처방한 에피네프린 자동 주사기(Epinephrine Auto Injector)는 학교에서 또는 학교가 후원하는 활동 중에 제공하지 않습니다.
2. 이 양식은 학생의 보건관련 서류에 보관해야 합니다. 학부모/후견인은 의사/자격증 있는 처방자의 지시/허가를 받아야 합니다. (제2부 참조) 학교장 또는 학교 간호사는 이 양식의 모든 물품이 구비되어 있도록 해야 합니다.
3. 학부모/후견인은 매해 새로운 양식을 제출해야 하며 양이나 에피네프린 자동 주사기의 상태가 바뀔 경우, 매번 양식을 제출해야 합니다.
4. 의사는 2부 작성 대신 병원 메모장이나 처방전용 종이를 사용해도 됩니다. 정보에는 다음이 기재되어 있어야 합니다: 학생의 이름, 처방된 에피네프린 자동 주사기이 필요한 알레르기 원인, 측정된 에피네프린 용량, 필요하다고 여겨질 경우 재투약 지시, 의사/자격증 있는 처방자의 서명과 날짜
5. 약에는 약사의 적절한 표기가 있어야 하며 의사/자격증 있는 처방자의 지시와 맞아야 합니다. 의사/자격증 있는 처방자의 지시에 에피네프린 자동 주사기의 재투약이 포함되어 있을 경우, 추가 에피네프린 자동 주사기는 학부모/후견인이 제공해야 합니다.
6. 약은 학부모/후견인 또는 특별한 경우, 학부모/후견인이 지정한 성인이 학교에 직접 배달해야 합니다. 어떠한 경우에도 학생이 가지고 온 약을 학교 보건담당 교사/간호사 또는 학교 담당자(MCPS)가 제공하지 않습니다.
7. 학교에서 보관하는 모든 약은 지정된 사람만이 접근할 수 있는 안전한 장소에 보관하게 됩니다.
8. 학부모/후견인은 사용하지 않은 약을 의사/자격증 있는 처방자의 지시일이 지나거나 또는 종업일 1주일 이내에 수거해가야 합니다. 일주일 후까지 찾아가지 않는 약은 폐기처분하게 됩니다.
9. 어떠한 경우에도 위에 명시된 절차의 테두리 외의 아나필락시스 반응을 일으킨 학생에게 간호사, 학교 보건실 테크니션(SHRT) 또는 학교 교직원(MCPS)은 에피네프린을 제공하지 않습니다.
10. 아나필락시스(과민증)의 에피네프린 자동 주사기와 같은 응급약을 학생이 소지 및 실행하기 위해 의사와 지시와 부모의 동의가 필요합니다. 양호교사 또는 학교 간호사는 학생이 스스로 약을 복용할 수 있는지 평가 및 승인해야 합니다. 학생이 에피네프린 자동 주사를 사용한 후, 학생은 반드시 보건 담당교사나 MCPS 직원에게 알려 911에 전화할 수 있도록 해야 한다는 것을 확실히 알고 있어야 합니다.
11. 학교 간호사는 학생 또는 학생의 처방약에 관한 질문이 있을 경우, Health Information Portability and Accountability Act(HIPAA)의 허락에 근거하여 처방자에게 연락합니다.
12. 처방전 약 투약에는 MCPS Form 525-13, 처방전 약 투약 허가 승인과 면책권 동의서(Authorization to Administer Prescribed Medication, Release and Indemnification Agreement) 를 사용해야 합니다.