



# 알레르기/아나필락시스 투약 양식

의료제공자 투약 지시 양식 | 학교 보건 담당실 | 2020-2021 학년도  
학교 간호사에게 제출하십시오. 6월 1일 이후 제출된 양식은 새 학년도 처리가 지연될 수 있습니다.

학생 성	이름	미들네임	생년월일 ___/___/_____ 월월 일일 년년년년	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여
OSIS 번호 _____	체중 _____ kg			
학교 (ATSDBN/이름, 번호, 주소 및 보조 기재)		교육청 학군	학년	학급

## HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

Specify Allergy	Specify Allergy	Specify Allergy
<input type="checkbox"/> Allergy to _____	<input type="checkbox"/> Allergy to _____	<input type="checkbox"/> Allergy to _____
History of asthma? <input type="checkbox"/> Yes (If yes, student has an increased risk for a severe reaction) <input type="checkbox"/> No	Does this student have the ability to:	
History of anaphylaxis? <input type="checkbox"/> Yes Date ___/___/_____ <input type="checkbox"/> No	Self-Manage (See 'Student Skill Level' below) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
If yes, system affected <input type="checkbox"/> Respiratory <input type="checkbox"/> Skin <input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Neurologic	Recognize signs of allergic reactions <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Treatment _____ Date ___/___/_____ _____	Recognize/avoid allergens independently <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

### Select In School Medications

#### 1. SEVERE REACTION

A. Immediately administer epinephrine ordered below, then call 911.

- 0.15 mg
- 0.3 mg

Give intramuscularly in the anterolateral thigh for **any** of the following symptoms (*retractable devices preferred*):

- Shortness of breath, wheezing, or coughing
- Fainting or dizziness
- Lip or tongue swelling that bothers breathing
- Pale or bluish skin color
- Tight or hoarse throat
- Vomiting or diarrhea (if severe or combined with other symptoms)
- Weak pulse
- Trouble breathing or swallowing
- Feeling of doom, confusion, altered consciousness or agitation
- Many hives or redness over body

Other: \_\_\_\_\_

If this box is checked, child has an extremely severe allergy to an insect sting or the following food(s): \_\_\_\_\_

Even if child has MILD symptoms after a sting or eating these foods, **give epinephrine**.

B. If no improvement, or if symptoms recur, repeat in \_\_\_\_\_ minutes for maximum of \_\_\_\_\_ times (not to exceed a total of 3 doses)

C. Give antihistamine after epinephrine administration (*order antihistamine below*)

**Student Skill Level** (*select the most appropriate option*)

- Nurse-Dependent Student: nurse/nurse-trained staff must administer
- Supervised Student: student self-administers, under adult supervision

Independent Student: student is self-carry/self-administer

*I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/fieldtrips/school sponsored events.*

Practitioner's Initials

#### 2. MILD REACTION

A. Give antihistamine: Name: \_\_\_\_\_ Preparation/Concentration: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Route: \_\_\_\_\_

Frequency:  Q4 hours or  Q6 hours as needed for **any** of the following symptoms:

- Itchy nose, sneezing, itchy mouth
- A few hives or mildly itchy skin
- Mild stomach nausea or discomfort
- Other: \_\_\_\_\_

B. If symptoms of severe allergy/anaphylaxis develop, or if more than one symptom from each system is present, use epinephrine and call 911.

**Student Skill Level** (*select the most appropriate option*)

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer
- Supervised Student: student self-administers, under adult supervision

Independent Student: student is self-carry/self-administer

*I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/fieldtrips/school sponsored events.*

Practitioner's Initials

#### 3. OTHER MEDICATION

• Give Name: \_\_\_\_\_ Preparation/Concentration: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_

Route: \_\_\_\_\_ Frequency: Q \_\_\_\_\_  minutes  hours as needed

Specify signs, symptoms, or situations: \_\_\_\_\_

If no improvement, indicate instructions: \_\_\_\_\_

Conditions under which medication should not be given: \_\_\_\_\_

**Student Skill Level** (*select the most appropriate option*)

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer
- Supervised Student: student self-administers, under adult supervision

Independent Student: student is self-carry/self-administer

*I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/fieldtrips/school sponsored events.*

Practitioner's Initials

### Home Medications (*include over-the-counter*)


Health Care Practitioner Name LAST (Please print and circle one: MD, DO, NP, PA)	FIRST	Signature	Date ___/___/_____ ____
Address		Tel. (____)____-____	Fax. (____)____-____
NYS License # (Required)	NPI #		

### 알레르기/아나필락시스 투약 양식

의료제공자 투약 지시 양식 | 학교 보건 담당실 | 2020-2021 학년도  
**학교 간호사에게 제출하십시오. 6월 1일 이후 제출된 양식은 새 학년도 처리가 지연될 수 있습니다.**

#### 학부모/보호자 작성

**아래 서명하면 다음과 같은 내용에 동의하는 것으로 간주됩니다:**

1. 저는 자녀의 의료 보건 담당자가 지시한 대로 학교에 자녀의 약을 보관하고 사용하는 것에 동의합니다. 저는 또한 학교에 자녀의 약 보관 및 투여에 필요한 장비의 사용에 동의합니다.
2. 저는 다음 사항을 이해합니다:
  - 저는 학교 간호사에게 반드시 자녀의 약과 기구를 제공해야 합니다. 저는 안전 주사침(retractable needle)이 있는 에피네프린 펜을 학교에 제공하도록 할 것입니다.
  - 학교에 제공하는 모든 처방 및 일반의약품은 개봉하지 않은 새것으로 원래의 박스나 병 그대로 가져가겠습니다. 학교에 자녀가 학교 일과 중 사용할 수 있도록 유효기간이 지나지 않은 최신 약을 제공할 것입니다.
    - 처방약은 반드시 박스 또는 병에 원래의 약국 라벨이 붙어있어야 합니다. 라벨에는 다음 내용이 포함되어야 합니다: 1) 자녀의 이름, 2) 약국 이름 및 전화번호, 3) 자녀의 의료 보건 담당자 이름, 4) 날짜, 5) 리필 숫자, 6) 약 이름, 7) 복용량, 8) 복용시간, 9) 투약 방법 10) 기타 안내.
  - 저는 자녀의 의료 보건 담당자와 의논하였으며 OSH가 자녀의 천식 또는 에피네프린 약이 없을 때는 비축 약품을 투여하는 것에 동의하였음을 증명/확인합니다.
  - 저는 자녀의 약이나 의료 보건 담당자의 지시가 변경되면 즉시 학교 간호사에게 반드시 알려야 합니다.
  - 저는 OSH 및 상기 의료 서비스를 자녀에게 제공하는데 관련된 소속 에이전트가 본 양식에 제공된 정보의 정확함에 의존함을 알고 있습니다.
  - 저는 본 투약 양식(MAF)에 서명함으로써 학교보건담당실(OSH)이 자녀에게 보건 서비스를 제공하도록 허가합니다. 이 서비스에는 OSH 의료 제공자 또는 간호사의 임상 평가 및 신체 검사가 포함되나 이에만 국한되지는 않습니다.
  - 이 MAF의 약품 처방은 서머 세션을 포함한 자녀의 학년 말 또는 학교 간호사에게 새로운 MAF를 제공할 때 (둘 중 이른 시점) 만료됩니다. 이 약품 안내가 만료되면 저는 자녀의 학교 간호사에게 자녀의 의료 보건 제공자가 작성한 새로운 MAF를 제출하겠습니다. OSH는 향후 MAF 작성에 제 서명을 필요로 하지 않습니다.
  - 이 양식은 양식에 설명된 알레르기 서비스에 대한 본인의 동의 및 요청을 대변합니다. OSH가 요청한 서비스를 제공할 것이라는 동의서가 아닙니다. OSH가 이런 서비스를 제공할 것이라고 결정하면 자녀는 학생 조정계획(Student Accommodation Plan)이 필요할 수 있습니다. 이 계획은 학교가 작성할 것입니다.
  - 자녀에게 케어 또는 치료를 제공할 목적으로 OSH는 자녀의 의료 상태, 약품 또는 치료에 대해 필요하다고 생각하는 정보를 얻을 수 있습니다. OSH는 자녀에게 의료 서비스를 제공하는 의료 보건 제공자, 간호사 또는 약사에게서 이 정보를 구할 수 있습니다.

#### 자가 투약(독립적인 학생만 해당):

- 저는 자녀가 스스로 약을 복용하도록 완전히 훈련되어 있고 복용할 수 있음을 보증/확인합니다. 또한 저는 자녀가 양식에 명시된 처방약을 학교에서 소지, 보관 및 자가 투여하는 것에 동의합니다. 상기 설명된 병 또는 박스에 이 약을 자녀에게 주는 것은 제 책임입니다. 자녀의 해당 약품 사용을 모니터링하며 학교에서 해당 약품 사용의 모든 결과에 대한 책임이 본인에게 있음을 인지합니다. 제 아이가 학교에서 약품을 소지 및 자가 투여할 능력이 있는지 학교 간호사가 확인할 것입니다. 또한 학교에 명확한 라벨이 부착된 박스 또는 병에 들어 있는 "여분"의 약품을 제공할 것입니다.
- 저는 자녀가 일시적으로 에피네프린을 소지 또는 자가 투여하지 못할 때 학교 간호사 또는 훈련된 학교 직원이 투여하는 것에 동의합니다.

**주의: 비축 약품을 사용하기로 결정하셨다면, 귀하는 반드시 자녀의 에피네프린, 천식 흡입기 및 기타 승인된 자가 투약품을 학교 견학 및/또는 방과 후 프로그램에서 자녀분이 사용할 수 있도록 보내셔야 합니다. 비축 약품은 OSH 직원에 의해 학교 안에서만 사용할 수 있습니다.**

학생 성	이름	중간 이니셜	생년월일 ___ / ___ / _____	학교
학교 ATSDBN/이름	보로			학군
학부모/보호자 성명(인쇄체)	<b>여기에 서명</b>			학부모/보호자의 서명
학부모/보호자 이메일				서명일 ___ / ___ / _____
			학부모/보호자의 주소	

전화번호: 주간(\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ 자택(\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ 전화번호(\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

기타 비상 연락 정보 | 학생과의 관계 | 연락 전화번호(\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

#### 학교 보건 담당실(OSH)에서만 사용

OSIS Number: \_\_\_\_\_

Received by: Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Reviewed by: Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

504  IEP  Other Referred to School 504 Coordinator:  Yes  No

Services provided by:  Nurse/NP  OSH Public Health Advisor (For supervised students only)  School Based Health Center

Signature and Title (RN OR SMD): \_\_\_\_\_ Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Revisions as per OSH contact with prescribing health care practitioner  Modified  Not Modified