

일반약 투약 양식

이 양식은 천식 또는 알레르기 약품에는 사용하면 안됩니다.
 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		교육청 학군	학년
학교 (ATSDBN/이름, 번호, 주소 및 보조 기재)			교육청 학군	학년
			교육청 학군	학년

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

1. **Diagnosis:** _____ ICD-10 Code: _____

Medication: _____
Generic and/or Brand Name

Preparation/Concentration: _____

Dose: _____ Route: _____

Student Skill Level (Select the most appropriate option):

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication
- Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
- Independent Student: student is self-carry / self-administer

Initial below for Independent (Not allowed for controlled substances)

Practitioner's Initials

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

In School Instructions

Standing daily dose: at ____:____ AM / PM and ____:____ AM / PM

AND/OR

PRN

_____ *specify signs, symptoms, or situations*

Time interval: ____ minutes or ____ hours as needed.

If no improvement, repeat in ____ minutes or ____ hours for a maximum of ____ times.

Conditions under which medication should not be given:

2. **Diagnosis:** _____ ICD-10 Code: _____

Medication: _____
Generic and/or Brand Name

Preparation/Concentration: _____

Dose: _____ Route: _____

Student Skill Level (Select the most appropriate option):

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication
- Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
- Independent Student: student is self-carry / self-administer

Initial below for Independent (Not allowed for controlled substances)

Practitioner's Initials

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

In School Instructions

Standing daily dose: at ____:____ AM / PM and ____:____ AM / PM

AND/OR

PRN

_____ *specify signs, symptoms, or situations*

Time interval: ____ minutes or ____ hours as needed.

If no improvement, repeat in ____ minutes or ____ hours for a maximum of ____ times.

Conditions under which medication should not be given:

3. **Diagnosis:** _____ ICD-10 Code: _____

Medication: _____
Generic and/or Brand Name

Preparation/Concentration: _____

Dose: _____ Route: _____

Student Skill Level (Select the most appropriate option):

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication
- Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
- Independent Student: student is self-carry / self-administer

Initial below for Independent (Not allowed for controlled substances)

Practitioner's Initials

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

In School Instructions

Standing daily dose: at ____:____ am / pm and ____:____ AM / PM

AND/OR

PRN

_____ *specify signs, symptoms, or situations*

Time interval: ____ minutes or ____ hours as needed.

If no improvement, repeat in ____ minutes or ____ hours for a maximum of ____ times.

Conditions under which medication should not be given:

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 #		

일반약 투약 양식

이 양식은 천식 또는 알레르기 약품에는 사용하면 안됩니다.

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:

- 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.
- 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 ATSDN/이름			보로	학군
학부모/보호자 성명(인쇄체)	여기에 서명		학부모/보호자의 서명	서명일 ___ / ___ / _____
학부모/보호자 이메일	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