



알레르기/아나필락시스 투약 양식

제공처 투약 안내 양식 | 학교 보건 담당실 | 2019-2020 학년도

학교 간호사에게 제출하십시오. 양식을 2019년 5월 31일 이후에 제출하면 다음 학년도 처리가 늦어질 수 있습니다.

Student Last Name	First Name	Middle	Date of birth ___/___/____ MM DD YYYY	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
OSIS Number	Weight _____ kg		DOE District	Grade
School (include name, number, address and borough)			Class	

의료 보건 담당자가 다음을 작성하십시오

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

Select In School Medications

1. SEVERE REACTION

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

- Epinephrine Auto-Injector 0.15 mg
 - Epinephrine Auto-Injector 0.3 mg (retractable devices preferred) intramuscularly into the anterolateral of thigh for **any** of the following symptoms:
 - Shortness of breath, wheezing, or coughing
 - Pale or bluish skin color
 - Weak pulse
 - Many hives or redness over body
 - Other: _____
 - Fainting or dizziness
 - Tight or hoarse throat
 - Trouble breathing or swallowing
 - Lip or tongue swelling that bothers breathing
 - Vomiting or diarrhea (if severe or combined with other symptoms)
 - Feeling of doom, confusion, altered consciousness or agitation
- 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)

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

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

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) Address	FIRST	Signature	Date ___/___/____
NYS License # (Required)	NPI #	Tel. (____) _____	Fax. (____) _____

T&I-29425 (Korean)

알레르기/아나필락시스 투약 양식

제공처 투약 안내 양식 | 학교 보건 담당실 | 2019-2020 학년도

학교 간호사에게 제출하십시오. 양식을 7월 15일 이후에 제출하면 다음 학년도 처리가 늦어질 수 있습니다.

학부모/보호자 작성

아래 서명하면 다음과 같은 내용에 동의하는 것으로 간주됩니다:

1. 저는 자녀의 의료 보건 담당자가 지시한 대로 학교에 아이의 약을 보관하고 사용하는 것에 동의합니다. 학교에 아이의 약을 보관하고 사용하는데 필요한 기구에 동의합니다.
2. 저는 다음을 이해합니다:
 - 저는 학교 간호사에게 반드시 자녀의 약과 기구를 제공해야 합니다. 저는 리트랙터블 바늘이 있는 에피네프린 펜을 학교에 제공하도록 할 것입니다.
 - 학교에 제공하는 모든 처방 및 일반의약품은 개봉하지 않은 새것으로 원래의 박스나 병 그대로 가져가겠습니다. 학교에 자녀가 학교 생활 중 사용할 수 있도록 유효기간이 지나지 않은 최신 약을 제공하겠습니다.
 - 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) 복용 시간, 9) 투약 방법 10) 기타 안내.
 - 저는 자녀의 의료 보건 담당자와 의논하였으며 OSH 가 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.
 - 투약 양식(MAF)에 서명함으로써 저는 학교보건담당실(OSH)이 자녀에게 보건 서비스를 제공하도록 허가합니다. 이 서비스에는 OSH 의료 보건 제공자 또는 간호사의 임상 평가 및 신체 검사가 이들 서비스에 포함되며 이에 국한되지 않습니다.
 - 이 MAF 의약품 처방은 서머 세션을 포함한 자녀의 학년 말 또는 학교 간호사에게 새로운 MAF 를 제공할 때 (둘 중 이른 시점) 만료됩니다.
 - 이 양식은 양식에 설명된 알레르기 서비스에 대한 본인의 동의 및 요청을 대변합니다. OSH 가 요청한 서비스를 제공하겠다는 동의서가 아닙니다. OSH 가 이런 서비스를 제공하겠다고 결정하면 자녀는 학생 조정계획(Student Accommodation Plan)이 필요할 수 있습니다. 이 계획은 학교가 작성할 것입니다.
 - 자녀에게 케어 또는 치료를 제공할 목적으로 OSH 는 자녀의 의료 상태, 약품 또는 치료에 대해 필요하다고 생각하는 정보를 얻을 수 있습니다. OSH 는 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 해당 약품을 소지 또는 자가 투여하지 못할 때 학교 간호사 또는 훈련된 학교 직원이 투여하는 것에 동의합니다.

참고: 비축 약품을 사용하기로 결정하셨다면, 귀하는 반드시 자녀의 에피네프린, 천식 흡입기 및 기타 승인된 자가 투약품을 학교 견학 및/또는 방과 후 프로그램에 적절하게 자녀가 사용할 수 있도록 자녀 편에 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)	여기에 서명 →		학부모/보호자의 서명	서명일 ___/___/_____
학부모/보호자 이메일	학부모/보호자의 주소			
전화번호: 주간 (____) _____ - _____		자택 (____) _____ - _____		전화번호 (____) _____ - _____
기타 비상 연락 정보	학생과의 관계	연락 전화번호 (____) _____ - _____		

OSIS Number:

Received by: Name	Date ___/___/_____	Reviewed by: Name	Date ___/___/_____
<input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> Other	Referred to School 504 Coordinator: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Services provided by: <input type="checkbox"/> Nurse/NP <input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor (For supervised students only)		<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> Modified <input type="checkbox"/> Not Modified	