

Học sinh _____ Sinh Nhật _____ Trường Học _____ Năm Học _____

Thuốc sẽ được quản lý bởi nhân viên nhà trường đã được đào tạo để giúp học sinh tại trường học chỉ khi thật cần thiết bởi RCW 28A.210.260-270 và RCW 18.71.030 (3). Khu Sở Học Chánh không chịu trách nhiệm cho các phản ứng bất ngờ khi thuốc được dùng theo hướng dẫn của nhà Y tế Chăm sóc Sức khỏe của học sinh. Sự chỉ dẫn không được tùy ý và phải rõ ràng để đọc.

Mẫu đơn này không được sử dụng như toa thuốc cấp cứu hoặc thuốc tiêm. **CHỈ MỘT MẪU ĐƠN CHO MỖI LOẠI THUỐC.**

Đề Mục # 1: Phải được hoàn thành bởi PHỤ HUYNH / NGƯỜI GIÁM HỘ**Vui lòng đánh dấu vào chỉ một khung trống:**

- Tôi yêu cầu nhân viên có quyền quản lý thuốc ghi trong đề mục số 2. Cần phải có Chữ ký của nhà Y tế Chăm sóc Sức khỏe.
- Tôi yêu cầu cho con tôi được phép **tự dùng thuốc theo toa** như đã chỉ định ở đề mục số 2. Cần phải có chữ ký của nhà Y tế Chăm sóc Sức khỏe.
- Tôi yêu cầu cho con tôi được phép tự dùng **những loại thuốc có thể mua thẳng ngoài thị trường mà không cần có toa bác sĩ** (RCW 26.28.015 hoặc RCW 70.02.130). Phụ huynh phải ký tên dưới đây và cung cấp toàn bộ thông tin về thứ thuốc men này trong đề mục số 2. Không cần có chữ ký của nhà Y tế Chăm sóc Sức khỏe .
- **Khi ký tên vào đây, tôi đồng ý với việc trao đổi thông tin liên quan đến sự ủy quyền cho dùng thuốc men giữa các trường học và các nhà Y tế Chăm sóc Sức khỏe. Tôi đã đọc và hiểu các thông tin trên trang 2 của mẫu đơn này.**

Ngày_____
Phụ huynh/Người Giám Hộ ký tên_____
Số Điện thoại

Đề mục số 2: Sẽ được hoàn thành bởi nhà Y TẾ CHĂM SÓC SỨC KHỎE (hoặc cha, mẹ, nếu tự mua những loại thuốc bán tự do ở thị trường)

Thông tin cho Phụ huynh/Người Giám Hộ và Chương trình Hành động Bệnh Hen Suyễn nằm ở mặt sau của mẫu đơn này

Lật qua mặt sau⇒

This medication will be: staff administered self-administered (student has demonstrated the skill level necessary)

Diagnosis/reason for medication _____

Name of medication _____ Dose to be given: _____

oral (MDI, Nebulizer inclusive) topical eye drops ear drops nasal rectal other: _____

Specific Time(s) ____:____ AM ____:____ PM and frequency of administration _____

Possible side effects _____

Length of prescription current school year (including summer school) other: _____

I request and authorize that the above-named student be administered or be allowed to self-administer the above-identified medication in accordance with the instructions indicated.

Licensed Health Care Provider signature

Date

LHCP printed name

Telephone number

PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ THÔNG TIN LIÊN QUAN ĐẾN Y DƯỢC TẠI TRƯỜNG HỌC

Tôi xác nhận rằng tôi là cha mẹ, người giám hộ, hoặc người khác trong quyền kiểm soát pháp lý của học sinh này. Tôi yêu cầu và ủy quyền cho trường học về việc áp dụng uống thuốc theo quy định, theo uỷ quyền của RCW 28.A210.260-270 và RCW 18.71.030 (3). Điều này bao gồm uống, hít, thoa, mũi, đặt vào trong trực tràng, mắt và nhỏ giọt vào lỗ tai, những việc làm đó sẽ được thực hành tại trường học chỉ trong lúc thật cần thiết. Những người đã được chỉ định/nhân viên đã được đào tạo sẽ thực hành cho loại thuốc này với sự cấp phép Cung cấp Chăm sóc Sức khỏe Y tế(LHCP) đòi hỏi.

Tôi hiểu các thuốc men phải được trang bị trong các thùng chứa đang lưu hành, chính gốc từ các tiệm thuốc tây với tên của học sinh, tên thuốc và lượng thuốc được đưa ra. Thuốc không kê toa phải được trang bị trong các thùng chứa ban đầu từ nhà sản xuất. Tất cả các loại thuốc phải có hình thức đã sẵn sàng để dùng và không đòi hỏi bất kỳ sự chuẩn bị nào từ các nhân viên của trường học. Nếu liều lượng hoặc thời gian thay đổi, sự sắp đặt và hộp đựng thuốc mới sẽ được cung cấp.

Tôi hiểu đó là trách nhiệm của tôi phải cung cấp và duy trì đầy đủ thuốc dùng ở trường học.

Tôi hiểu y dược chỉ có hiệu lực cho năm học hiện tại (bao gồm cả học hè). Bất kỳ loại thuốc nào còn dư lại vào cuối năm học, nếu không có người đến nhận lại trong ngày cuối cùng của trường học, sẽ bị vất bỏ, có ngoại lệ cho các học sinh còn kéo dài thêm năm học.

Nếu tự-quản lý được yêu cầu (và được chấp thuận bởi hiệu trưởng/y tá), Tôi xác nhận rằng con tôi có trình độ kỹ năng cần thiết để làm như vậy, và nhà trường sẽ không phải chịu trách nhiệm/trách nhiệm pháp lý cho việc quản lý các loại thuốc hoặc sử dụng nó. Học sinh chỉ có thể mang theo một liều thuốc uống đủ cung cấp cho một ngày

ASTHMA ACTION PLAN

- Intermittent** has symptoms of wheezing and coughing no more than 2 days a week, with nighttime flare-ups twice a month or less. Outside to these few episodes, a student is free of symptoms.
- Mild** Symptoms occur more than twice a week but less than once a day, flare-ups may affect activity.
- Moderate** Symptoms occur daily, flare-ups usually last several days. Symptoms disrupt normal activities and make it difficult to sleep.
- Severe** Symptoms occur daily and often, also curtail the student's activities and disrupt sleep.

WARNING SIGNS OF AN ASTHMA ATTACK:	EMERGENCY RESCUE PLAN:
<ul style="list-style-type: none"> • Constant cough • Difficulty breathing with struggling or gasping for breath, or an audible wheeze with breathing • Stooped body posture • Trouble walking or talking, or stops playing and can't start activity again • Lips or fingernails are grey or blue (light complexion only) • _____ 	<ul style="list-style-type: none"> • Remove student from known triggers, if possible. • Accompany student to health room • Give medication as prescribed: • Keep student sitting up and reassure student • Encourage student to drink warm fluids
<ul style="list-style-type: none"> • No improvement 15-20 minutes after initial treatment with medication. 	<ul style="list-style-type: none"> • Notify parent. • Call school nurse • If parents are unable to come within 10 min call 911
If student is in severe distress	Call 911. Notify parent, principal and school nurse.