



# 발작약 투약 양식

의료제공자 투약 지시 양식 | 학교 보건 담당실 | 2022-2023 학년도  
학교 간호사에게 제출하십시오. 6월 1일 이후 제출된 양식은 새 학년도 처리가 지연될 수 있습니다.

학생 성: \_\_\_\_\_ 이름: \_\_\_\_\_ 미들네임: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_

OSIS 번호: \_\_\_\_\_ 성별:  남  여

학교(이름, 번호, 주소 보로 포함): \_\_\_\_\_ 교육청 학군: \_\_\_\_\_ 학년: \_\_\_\_\_ 학급: \_\_\_\_\_

## Diagnosis/Seizure Type: HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

- Localization related (focal) epilepsy     Primary generalized     Secondary generalized     Childhood/juvenile absence
- Myoclonic     Infantile spasms     Non-convulsive seizures     Other (please describe below)

Seizure Type	Duration	Frequency	Description	Triggers/Warning Signs/Pre-Ictal Phase

### Post-ictal presentation:

**Seizure History:** Describe history & most recent episode (date, trigger, pattern, duration, treatment, hospitalization, ED visits, etc.):

Status Epilepticus?  No  Yes    Has student had surgery for epilepsy?  No  Yes - Date: \_\_\_\_\_

## TREATMENT PROTOCOL DURING SCHOOL:

### A. In-School Medications

#### 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 during school, field trips, and school sponsored events - Practitioner's Initials: \_\_\_\_\_

Name of Medication	Formulation	Dose	Route	Frequency or Time	Side Effects/Specific Instructions

### B. Emergency Medication(s) (list in order of administration) [Nurse must administer] ; CALL 911 immediately after administration

Name of Medication	Concentration/Preparation	Dose	Route	Administer After	Side Effects/Specific Instructions
				min	
				min	

### C. Does student have a Vagal Nerve Stimulator (VNS)? (any trained adult can administer) No Yes, If YES, describe magnet use:

- Swipe magnet     immediately     within \_\_\_\_\_ min; if seizure continues, repeat after \_\_\_\_\_ min \_\_\_\_\_ times

Give emergency medication after \_\_\_\_\_ min and call 911

### Activities:

Adaptive/protective equipment (e.g., helmet) used?  No  Yes

Gym/physical activity participation restrictions?  No  Yes - If YES, please complete the Medical Request for Accommodations Form

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

504 accommodations requested (e.g., supervision for swimming)?  Yes (attach form)  No

Home Medication(s) <input type="checkbox"/> None	Dosage, Route, Directions	Side Effects/Specific Instructions

Other special instructions:

**Health Care Practitioner** Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

(Please Check one:  MD,  DO,  NP,  PA)

Address: \_\_\_\_\_ E-mail address: \_\_\_\_\_

Tel. No: \_\_\_\_\_ FAX No: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_

NYS License No (Required): \_\_\_\_\_ NPI No: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

# 알레르기/아나필락시스 투약 양식

의료제공자 투약 지시 양식 | 학교 보건 담당실 | 2022-2023 학년도  
학교 간호사에게 제출하십시오. 6월 1일 이후 제출된 양식은 새 학년도 처리가 지연될 수 있습니다.

## 학부모/보호자님께: 읽고, 작성한 후 서명. 아래 서명함으로써, 저는 다음과 같은 내용에 동의합니다:

- 저는 자녀의 의료 보건 담당자가 지시한 대로 학교에 자녀의 약을 보관하고 사용하는 것에 동의합니다. 저는 또한 학교에 자녀의 약에 필요한 장비를 학교에 보관 및 사용하는 것에 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 "일반 의약품"은 개봉하지 않은 새것으로 원래의 박스나 병 그대로 가져가겠습니다. 학교에 자녀가 학교 일과중 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) 약품 복용 시간, 9) 약품 투약 방법 10) 기타 지침.
  - 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 상급 의료 서비스를 제공하는데 관련된 소속 에이전트가 본 양식에 제공된 정보의 정확성에 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 안 내가 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. 이것이 OSH가 요청한 서비스를 제공하겠다는 동의를 아닙니다. OSH가 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 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 입수할 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. 상급 설명된 병 또는 박스에 이 약을 자녀에게 주는 것은 제 책임입니다. 자녀의 해당 약품 사용을 모니터링하고 학교에서 제 자녀의 해당 약품 사용으로 인한 모든 결과는 또한 제 책임입니다. 제자녀가 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 제공하는 것에 동의합니다.
- 저는 자녀가 일시적으로 에피네프린을 소지 또는 자가 투여하지 못할 때 학교 간호사나 훈련된 학교 직원이 투여하는 것에 동의합니다.

**알림:** 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: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_  
학교 (ATS DBN/이름): \_\_\_\_\_ 보로: \_\_\_\_\_ 학군: \_\_\_\_\_  
학부모/보호자 성명(인쇄체): \_\_\_\_\_ 학부모/보호자 이메일: \_\_\_\_\_  
학부모/보호자 서명: \_\_\_\_\_ 서명한 날짜: \_\_\_\_\_  
학부모/보호자 주소: \_\_\_\_\_  
학부모/보호자 휴대 전화번호: \_\_\_\_\_ 기타 전화 \_\_\_\_\_  
기타 비상시 연락할 수 있는 사람 성명/관계: \_\_\_\_\_  
기타 비상시 연락 전화번호: \_\_\_\_\_

### For Office of School Health (OSH) Use Only / 학교 보건 담당실(OSH) 전용

OSIS Number: \_\_\_\_\_ Received by - Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

504  IEP  Other: \_\_\_\_\_ Reviewed by - Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

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:  Clarified  Modified