

여기에 학생  
사진 부착

# ALLERGIES/ANAPHYLAXIS MEDICATION ADMINISTRATION FORM

의료인 투약 지시 양식 | 학교 보건 담당실 | 2024-2025 학년도

학교 간호사/학교 보건 센터에 제출하십시오. 6월 1일 이후 제출된 양식은 새 학년도 처리가 지연될 수 있습니다.

학생 성: \_\_\_\_\_ 이름: \_\_\_\_\_ 중간이름 \_\_\_\_\_ 생년월일: (월/일/년): \_\_\_\_\_  
성별:  남  여 OSIS 번호: \_\_\_\_\_ 학년: \_\_\_\_\_ 학급: \_\_\_\_\_  
학교(이름, 번호, 주소 보로 포함): \_\_\_\_\_ 교육청 학군: \_\_\_\_\_

## 아래 보건 케어 담당자 작성 / HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

**Specify Allergies:** \_\_\_\_\_  
**History of asthma?**  Yes (If yes, student has an increased risk for a severe reaction; complete the Asthma MAF for this student)  No  
**History of anaphylaxis?**  Yes Date: \_\_\_\_\_  No  
If yes, system affected:  Respiratory  Skin  GI  Cardiovascular  Neurologic  
Treatment: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
**Does this student have the ability to:** Self-manage (See 'Student Skill Level' below)  Yes  No  
Recognize signs of allergic reactions  Yes  No  
Recognize and avoid allergens independently  Yes  No

## Select In-School Medications

**SEVERE REACTION**  
**A. Immediately administer epinephrine ordered below, then call 911.** Weight: \_\_\_\_\_  
 0.1 mg  0.15 mg  0.3 mg  
Give intramuscularly in the anterolateral thigh for any of the following signs/symptoms (retractable devices preferred):  

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

 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 signs/symptoms after a sting or eating these foods, give epinephrine and call 911.**

**B.** If no improvement, or if signs/symptoms recur, repeat in \_\_\_\_\_ minutes for maximum of \_\_\_\_\_ times (not to exceed a total of 3 doses)  
 If this box is checked, give antihistamine after epinephrine administration (order antihistamine below)  
**Student Skill Level (select the most appropriate option):**  
 Nurse-Dependent Student: 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: \_\_\_\_\_

## MILD REACTION

**A.** For any of the following sign and symptoms \_\_\_\_\_, give:  

- Diphenhydramine Preparation/Concentration: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ mg po Q6 hours PRN
- Name: \_\_\_\_\_ Preparation/Concentration: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ PO  Q4 hours  Q6 hours  Q12 hours PRN

**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 during school, field trips, and school sponsored events. Practitioner's Initials: \_\_\_\_\_

## OTHER MEDICATION

• Give Name: \_\_\_\_\_ Preparation/Concentration: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ PO Q \_\_\_\_\_ hours PRN  
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 during school, field trips, and school sponsored events. Practitioner's Initials: \_\_\_\_\_

Home Medications (include over the counter)  None

## Health Care Practitioner

Last Name (Print): \_\_\_\_\_ First Name (Print): \_\_\_\_\_ Please check one:  MD  DO  NP  PA  
Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ NYS License # (Required): \_\_\_\_\_ NPI #: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ Email address: \_\_\_\_\_  
Telephone: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS Rev 3/24  
FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT 학부모는 반드시 2페이지에 서명해야 합니다 / PARENTS MUST SIGN PAGE 2 →

# ALLERGIES/ANAPHYLAXIS MEDICATION ADMINISTRATION FORM

의료인 투약 지시 양식 | 학교 보건 담당실 | 2024-2025 학년도

학교 간호사/학교 보건 센터에 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 간호사/학교 보건 센터(SBHC) 의료인에게 반드시 자녀의 약품과 물품을 제공할 것입니다. 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 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) 약품 복용 시간, 9) 약품 투약 방법 10) 기타 지침.
  - 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 간호사/SBHC 의료인에게 반드시 알려야 합니다.
  - 저는 OSH 및 상기 의료 서비스를 자녀에게 제공하는데 관련된 소속 에이전트가 본 양식에 제공된 정보의 정확성에 의존함을 알고 있습니다.
  - 저는 본 투약 양식(MAF)에 서명함으로써 학교 보건 담당실(OSH)이 자녀에게 보건 서비스를 제공하도록 허가합니다. 이 서비스에는 OSH 의료 서비스 제공자 또는 간호사의 임상 평가 및 신체 검사가 포함되나 이에만 국한되지는 않습니다.
  - 이 MAF 의 약품 처방은 서머 세션을 포함한 제 자녀의 학년 말 또는 학교 간호사/SBHC 의료인에게 새로운 MAF 를 제공할 때(둘 중 이른 시점) 만료됩니다.
  - 이 약품 안내가 만료되면 저는 자녀의 학교 간호사/SBHC 의료인에게 자녀의 의료 보건 제공자가 작성한 새로운 MAF 를 제출하겠습니다.
  - 이 양식은 양식에 설명된 알레르기 서비스에 대한 본인의 동의 및 요청을 대변합니다. 이것이 OSH 가 요청한 서비스를 제공할 것이라는 동의가 아닙니다. OSH 가 이들 서비스를 제공할 것이라고 결정하면, 제 자녀는 또한 섹션 504 조정 계획이 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 입수할 수 있습니다.

노트: 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.

### 자가 투약(독립적인 학생만 해당):

- 저는 자녀가 스스로 약을 복용하도록 완전히 훈련되어 있고 복용할 수 있음을 보증/확인합니다. 또한 저는 자녀가 양식에 명시된 처방약을 학교 및 견학에서, 보관 및 자가 투여하는 것에 동의합니다. 상기 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. 제 자녀가 학교에서 약품을 소지 및 자가 투여할 능력이 있는지 학교 간호사/SBHC 의료인이 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 간호사 또는 훈련된 학교 직원이 투여하는 것에 동의합니다.

학생 성: \_\_\_\_\_ 이름: \_\_\_\_\_ 중간 이니셜: \_\_\_\_\_ 생년월일: (월/일/년): \_\_\_\_\_  
학교(ATS DBN/이름): \_\_\_\_\_ 보로: \_\_\_\_\_ 학군: \_\_\_\_\_  
학부모/보호자 성명(인쇄체): \_\_\_\_\_ 학부모/보호자 이메일: \_\_\_\_\_  
학부모/보호자 서명: \_\_\_\_\_ 서명 날짜: \_\_\_\_\_  
학부모/보호자 주소: \_\_\_\_\_  
학부모/보호자 휴대 전화: \_\_\_\_\_ 기타 전화: \_\_\_\_\_  
기타 비상시 연락할 수 있는 사람 성명/관계: \_\_\_\_\_  
기타 비상시 연락 전화: \_\_\_\_\_

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

OSIS #: \_\_\_\_\_ 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 per Office of School Health after consultation with prescribing practitioner:  Clarified  Modified

Confidential Information should not be sent by email./ 비밀유지가 필요한 정보는 이메일로 보내지 마십시오