

# Soins d'urgence pour la gestion d'un élève diagnostiqué comme en crise d'anaphylaxie

Accord de décharge de responsabilité et d'indemnisation pour l'auto-injecteur d'épinéphrine

MONTGOMERY  
COUNTY  
PUBLIC  
SCHOOLS  
Maryland

MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS  
Montgomery County Department Of Health And Human Services  
Rockville, Maryland 20850

Formulaire MCPS 525-14  
Août 2023  
Page 1 sur 2

## PARTIE I : À REMPLIR PAR LE PARENT/TUTEUR LÉGAL

Je certifie et autorise par la présente, Montgomery County Public Schools (MCPS) ainsi que le personnel de Montgomery County Department of Health and Human Services (DHHS) à administrer l'auto-injecteur d'épinéphrine tel qu'indiqué par le prescripteur autorisé, (Partie II, ci-dessous). Je conviens de libérer, dédommager, défendre et tenir exempt de toutes responsabilités MCPS et le DHHS ainsi que chacun de leurs fonctionnaires, membres du personnel, employés ou agents de toute poursuite judiciaire, de toute réclamation, demande, ou, de toute action, etc., pour avoir administré le traitement à cet élève, dès lors que les membres du personnel de MCPS et du DHHS suivent les ordonnances autorisées par le prescripteur conformément à la Partie II ci-dessous. Je suis conscient que l'injection peut être administrée par un membre du personnel sans qualifications ayant reçu une formation auprès d'un professionnel de la santé qualifié. J'ai lu les procédures décrites au verso de ce formulaire et j'assume les responsabilités comme requis.

**Je comprends que l'équipe de secours (911) sera toujours appelée lorsqu'un auto-injecteur d'épinéphrine sera administré, que l'élève présente des symptômes d'anaphylaxie ou pas.**

Nom de l'élève : Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Initiales de deux. prénom \_\_\_\_\_

Identifiant MCPS# \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nom de l'école \_\_\_\_\_

L'élève consommera des repas issus de la cafétéria de MCPS  Oui  Non

Signature, parent/tuteur légal \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## PARTIE II : À REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR AUTORISÉ

In accordance with Maryland State Regulations, the epinephrine auto-injector may be administered by unlicensed staff (DHHS School Health Room Technician (SHRT) or MCPS employee) that are trained by the School Community Health Nurse (SCHN). Unlicensed staff **do not** wait for symptoms for students with an authorized prescriber's order to administer the epinephrine auto-injector.

1. **Name of medication:** epinephrine auto-injector (*epinephrine auto-injector will not be accepted for the management of asthma*).

2. **Diagnosis:** Anaphylaxis/Severe allergic reaction to: \_\_\_\_\_

3. **Dosage of medication:** Check (✓) one:  epinephrine auto-injector 0.15 mg.  epinephrine auto-injector 0.3 mg.

4. Repeat dose in 10 minutes if rescue squad has not arrived.\*  Yes  No

\*NOTE: For repeat dose, a second epinephrine auto-injector must be ordered and brought to school.

5. **Time to be given at school: PRN. Check (✓) all that apply**

Ingestion of:

Peanut  Tree nut  Soy  Sesame  Fish  Shellfish  Wheat

Milk—safe in baked goods  Yes  No  Egg—safe in baked goods  Yes  No

Other food(s) \_\_\_\_\_

Stinging insects—i.e., bees, wasps, hornets, yellow jackets

Other known or unknown allergen(s) (must include specific symptoms): \_\_\_\_\_

6. **Route of administration for epinephrine auto-injector:** Intramuscularly (IM) into anterolateral aspect of the thigh.

7. **Side effects:** Palpitations, rapid heart rate, sweating, nausea and vomiting: \_\_\_\_\_

**THIS MEDICATION AUTHORIZATION IS EFFECTIVE**  Current school year, or  Effective dates \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ to \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Authorized Prescriber \_\_\_\_\_  
Name—Print or Type Phone Number **Original Signature, Authorized Prescriber** \_\_\_\_\_  
Date

## SELF-CARRY/SELF-ADMINISTRATION OF EMERGENCY MEDICATION: AUTHORIZATION/APPROVAL

Self-carry/self-administration of **emergency** medication **must** be authorized by the prescriber and be approved by the school nurse according to Maryland State School Health Services Guidelines.

Prescriber's authorization for self-carry/self-administration of emergency medication:

Signature, Authorized Prescriber \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SCHN approval for self-carry/self-administration of emergency medication:

Reviewed by: Signature, SCHN \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## PARTIE III : À COMPLÉTER PAR LE RPSC OU LE DIRECTEUR

Parts I and II are complete, including signatures. It is acceptable if all items in Part II are written on the authorized prescriber's stationery/prescription form.

Medication properly labeled by a pharmacist. **Epinephrine auto-injectors** received:  1 injector  2 injectors

Reviewed by: Signature, SCHN/Principal \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## INFORMATIONS ET PROCÉDURES

1. L'auto-injecteur d'épinéphrine prescrit par le prescripteur autorisé NE SERA PAS ADMINISTRÉ À L'ÉCOLE OU DURANT LES ACTIVITÉS PARRAINÉES par l'école sans l'autorisation et la décharge signée d'un parent/tuteur légal et l'ordonnance/l'autorisation d'un prescripteur autorisé pour les élèves diagnostiqués comme en état de crise d'anaphylaxie.
2. Ce formulaire doit être ajouté au dossier médical de l'élève. Le parent est responsable d'obtenir l'ordonnance/l'autorisation du prescripteur autorisé. (Voir la Partie II.) Le directeur ou l'infirmière scolaire veillera à ce que tous les éléments du formulaire soient remplis.
3. Le parent/tuteur légal est responsable de soumettre un nouveau formulaire à l'école chaque année scolaire, et à chaque changement de la dose ou de toute modification des conditions dans lesquelles l'auto-injecteur d'épinéphrine doit être administré.
4. Un prescripteur autorisé peut utiliser une feuille à en-tête/le carnet d'ordonnances de son cabinet médical au lieu de remplir la Partie II. Les informations nécessaires incluent : le nom de l'élève, les allergènes pour lesquels l'auto-injecteur d'épinéphrine est prescrit, la quantité d'épinéphrine pré-dosée, l'ordonnance pour les doses à renouveler si jugé nécessaire, la signature du prescripteur autorisé, et la date.
5. Les médicaments doivent être correctement étiquetés par un pharmacien et doivent correspondre à l'ordonnance du prescripteur autorisé. Si l'ordonnance du prescripteur autorisé inclut un auto-injecteur d'épinéphrine à refaire, un auto-injecteur d'épinéphrine supplémentaire doit être fourni par le parent/tuteur légal.
6. Les médicaments doivent être remis en main propre à l'école par le parent/tuteur légal ou un adulte désigné. Le personnel **n'administrera pas** de médicaments apportés à l'école par l'élève.
7. Tous les médicaments déposés à l'école seront conservés dans un endroit sûr, accessible uniquement à un personnel autorisé.
8. Le parent/tuteur légal est chargé de récupérer toute portion non utilisée d'un médicament dans la semaine suivant l'expiration de l'ordonnance du prescripteur autorisé ou à la fin de l'année scolaire. Les médicaments non réclamés dans ce délai seront détruits.
9. Une ordonnance d'un prescripteur autorisé et l'autorisation d'un parent/tuteur légal sont nécessaires pour les médicaments d'urgence transportés sur soi/pris en auto-médication. L'infirmière scolaire doit évaluer et approuver l'aptitude et la capacité de l'élève de s'administrer les médicaments. L'élève doit comprendre la nécessité de signaler au personnel de santé ou au personnel de MCPS suite à l'administration seul d'un auto-injecteur d'épinéphrine.
10. L'infirmière scolaire appellera le prescripteur autorisé, tel que permis par Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), (la loi sur la portabilité et la responsabilité en assurance santé) en cas de questions au sujet de l'élève et/ou du traitement prescrit pour l'élève.
11. Utilisez le [Formulaire MCPS 525-13](#), , *Autorisation d'administrer des médicaments prescrits, accord de décharge de responsabilité et d'indemnisation*, pour tout autre médicament prescrit.