

Cuidados Emergenciais para o Manejo de uma Aluno com Diagnóstico de Anafilaxia

MONTGOMERY
COUNTY
PUBLIC
SCHOOLS
Maryland

Acordo de Liberação e Ressarcimento para Epinefrina Autoinjetável

MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Departamento De Saúde E Serviços Humanos Do Condado De Montgomery
Rockville, Maryland 20850

Formulário 525-14 de MCPS
Agosto de 2023
Página 1 de 2

PARTE I: A SER PREENCHIDA POR UM DOS PAIS/RESPONSÁVEL

Eu, por meio deste, solicito e autorizo os membros da equipe de Montgomery County Public Schools (MCPS) e do Departamento de Saúde e Serviços Humanos do Condado de Montgomery (sigla em inglês, DHHS) a administrar epinefrina autoinjetável conforme indicado pelo prescritor autorizado (Parte II, abaixo). Concordo em liberar, ressarcir e isentar MCPS e o DHHS e qualquer um de seus diretores, funcionários ou agentes de ação judicial, reivindicação, demanda ou ação contra eles por administrar medicamentos prescritos a este aluno, desde que os funcionários de MCPS e do DHHS estejam seguindo as ordens do prescritor autorizado, conforme escrito na Parte II. Estou ciente de que a injeção pode ser administrada por um membro da equipe treinado e não licenciado. Li os procedimentos descritos no verso deste formulário e assumo as responsabilidades conforme exigido.

Entendo que o esquadrão de resgate (911) sempre será chamado quando epinefrina autoinjetável for administrada, independentemente de o aluno manifestar ou não qualquer sintoma de anafilaxia.

Nome do Aluno: Último _____ Primeiro _____ do Meio _____

No. de ID de MCPS# _____ Data de Nascimento ____/____/____ Nome da Escola _____

O aluno comerá comida do refeitório de MCPS Sim Não

Assinatura, Pai/Responsável _____ No. de Telefone ____-____-____ Data ____/____/____

PARTE II: A SER PREENCHIDA PELO PRESCRITOR DE SAÚDE AUTORIZADO

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 ____/____/____

PARTE III: A SER PREENCHIDA PELO(A) ENFERMEIRO(A) ESCOLAR (SIGLA EM INGLÊS, SCHN) OU DIRETOR(A)

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 ____/____/____

INFORMAÇÕES E PROCEDIMENTOS

1. A epinefrina autoinjetável prescrita individualmente para o aluno NÃO SERÁ ADMINISTRADA NA ESCOLA OU DURANTE as atividades patrocinadas pela ESCOLA sem uma autorização e um termo de renúncia de direitos assinados pelos pais/responsáveis e uma ordem/autorização do prescritor autorizado para alunos com diagnóstico sabido de anafilaxia.
2. Este formulário deve ser arquivado na pasta de saúde do aluno. O pai/responsável é responsável por obter a ordem/autorização do prescritor autorizado. (Consulte a Parte II.) O(A) diretor(a) ou enfermeiro(a) da escola garantirá que todos os itens do formulário estejam completos.
3. O pai/responsável é responsável por enviar um novo formulário à escola a cada ano letivo e sempre que houver alteração na dosagem ou alteração nas condições em que a epinefrina autoinjetável for administrada.
4. Um prescritor autorizado pode usar material de escritório/receituário em vez de preencher a Parte II. As informações necessárias incluem: nome do aluno, alérgeno para o qual a epinefrina autoinjetável está sendo prescrita, quantidade de epinefrina pré-medida, pedido de repetição da dose, se necessário, assinatura e data do prescritor autorizado.
5. O medicamento deve ser devidamente rotulado por um farmacêutico e deve corresponder ao pedido do prescritor autorizado. Se as prescrições do prescritor autorizado incluírem repetição do uso de epinefrina autoinjetável, um autoinjetor de epinefrina adicional deve ser fornecido pelo pai/responsável.
6. O medicamento deve ser entregue em mãos na escola pelo pai/responsável ou adulto designado. Um membro da equipe **não** administrará um medicamento trazido à escola pelo aluno.
7. Todos os medicamentos mantidos na escola serão armazenados em uma área segura, que pode ser acessada apenas por pessoal autorizado.
8. O pai/responsável é responsável por coletar qualquer porção não utilizada de um medicamento dentro de uma semana após o vencimento do pedido do prescritor autorizado ou ao final do ano letivo. Os medicamentos não reclamados dentro desse prazo serão destruídos.
9. O pedido de um prescritor autorizado e a permissão dos pais/responsáveis são necessários para autotransporte/autoadministração de medicamentos de emergência. O(A) enfermeiro(a) escolar deve avaliar e aprovar a capacidade do aluno de autoadministrar o medicamento. O aluno deve entender a necessidade de fazer um relato à equipe de saúde ou à equipe de MCPS após a autoadministração de epinefrina autoinjetável.
10. O(A) enfermeiro(a) da escola ligará para o prescritor autorizado, conforme permitido pela Lei de Portabilidade e Responsabilidade do Seguro de Saúde (sigla em inglês, HIPAA), se surgir uma dúvida sobre o pedido do autoinjetor de epinefrina.
11. Use o [Formulário 525-13 de MCPS, Autorização para Administrar Medicamentos Prescritos, Acordo de Liberação e Ressarcimento](#) para todos os outros medicamentos prescritos.