

# Emergency Care for the Management of a Student with a Diagnosis of Anaphylaxis- Chăm Sóc Khẩn Cấp để Trông Nom Một Học Sinh Được Chẩn Đoán Có Phản Ứng Quá Mẫn Tính

## Release and Indemnification Agreement for Epinephrine Auto-Injector- Thỏa Thuận về Giải Trừ Trách Nhiệm và Bồi Hoàn khi dùng thuốc tự chích Epinephrine Auto-Injector



MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS  
MONTGOMERY COUNTY DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES  
Rockville, Maryland 20850

MCPS Form 525-14  
Tháng 2, 2019  
Trang 1 của 2

### PHẦN I: DO PHỤ HUYNH/GIÁM HỘ ĐIỀN

Tôi yêu cầu và cho phép nhân viên của Các Trường Công Lập Quận Montgomery (MCPS) và Sở Y Tế và Xã Hội (DHHS) Quận Montgomery cung cấp việc điều trị y khoa được chỉ định theo sự chỉ dẫn của người cung cấp dịch vụ y tế có phép (Phần II, dưới đây). Tôi đồng ý để miễn trừ trách nhiệm, bồi thường, và không khiếu nại MCPS và DHHS và bất cứ quan chức, nhân viên, hay đại lý nào của họ tránh khỏi kiện tụng, yêu cầu bồi thường, hay hành động chống lại họ vì đã cho học sinh này dùng thuốc theo toa, miễn là nhân viên MCPS và DHHS đã tuân theo chỉ dẫn của người cung cấp dịch vụ y tế có phép như được viết trong phần II. Tôi biết là mũi chích này có thể được làm bởi một nhân viên đã được huấn luyện, không có giấy phép hành nghề. Tôi đã đọc các thủ tục ghi phía sau mẫu đơn này và xin nhận trách nhiệm theo như đòi hỏi.

**Tôi hiểu là đội cấp cứu (911) sẽ luôn được gọi mỗi khi chích epinephrine auto injector, dù học sinh có hay không bộc lộ bất cứ dấu hiệu anapylaxis nào.**

Tên Học Sinh: Họ \_\_\_\_\_ Tên \_\_\_\_\_ Tên Lót \_\_\_\_\_  
 MCPS ID# \_\_\_\_\_ Ngày Sinh \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tên Trường \_\_\_\_\_  
 Chữ ký, Phụ huynh/Giám hộ \_\_\_\_\_ Điện thoại \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### PART II: TO BE COMPLETED BY THE AUTHORIZED PRESCRIBER (DO NGƯỜI CUNG CẤP DỊCH VỤ Y TẾ CÓ PHÉP ĐIỀN)

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 are **not** allowed to wait for the appearance and observe for the development of symptoms for students with an authorized prescriber's order to administer the epinephrine auto-injector.

1. **Name of medication:** epinephrine auto-injector  
NOTE: *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:**  
 Sting by bees, wasps, hornets, yellow jackets  
 Ingestion of (specify): \_\_\_\_\_  
 If other known or unknown allergen(s) (explain): \_\_\_\_\_
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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### PART III: TO BE COMPLETED BY THE SCHN OR PRINCIPAL (DO HIỆU TRƯỞNG HAY Y TÁ TRƯỜNG HOÀN TẤT)

- 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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## THÔNG TIN VÀ THỦ TỤC

1. Toa của người cung cấp dịch vụ y tế có phép cho Epinephrine Auto Injector SẼ KHÔNG ĐƯỢC CHO DÙNG TẠI TRƯỜNG HAY TRONG CÁC SINH HOẠT DO TRƯỜNG bảo trợ mà không có giấy cho phép và miễn trừ trách nhiệm có chữ ký của phụ huynh/giám hộ và một đơn thuốc/giấy cho phép của người cung cấp dịch vụ y tế cho học sinh với chẩn đoán anaphylaxis.
2. Mẫu đơn phải có trong hồ sơ của tập hồ sơ y tế của học sinh. Phụ huynh/giám hộ có trách nhiệm lấy đơn thuốc/giấy cho phép của người cung cấp dịch vụ y tế. (Xem Phần II.) Hiệu trưởng hay y tá trường sẽ bảo đảm là tất cả các mục trên mẫu đơn đã hoàn tất.
3. Phụ huynh/giám hộ có trách nhiệm nạp một mẫu đơn mới cho trường học vào mỗi niên học và bất cứ khi nào có sự thay đổi trong lượng thuốc hay điều kiện mà thuốc epinephrine auto injector phải cho như thế nào.
4. Người cung cấp dịch vụ y tế có phép có thể dùng giấy của phòng mạch hay giấy kê toa thay vì phải điền vào Phần II. Thông tin cần thiết bao gồm: tên học sinh, chất gây dị ứng vì nó mà epinephrine auto injector được chỉ định, số lượng của epinephrine đo trước, lệnh cho lập lại lượng thuốc nếu cần thiết, chữ ký của người cung cấp dịch vụ y tế có phép và ngày.
5. Thuốc phải được dược sĩ ghi trên nhãn rõ ràng và theo đúng với lệnh của người cung cấp dịch vụ y tế có phép. Nếu lệnh của người cung cấp dịch vụ y tế bao gồm cho phép lập lại epinephrine auto injector, một epinephrine auto injector phụ trội phải được phụ huynh/giám hộ cung cấp.
6. Thuốc phải được giao đến trường do chính tay phụ huynh/giám hộ hay, trong những hoàn cảnh đặc biệt, do một người lớn được phụ huynh/giám hộ chỉ định. Không khi nào y tá trường, SHRT, hay nhân viên nhà trường (MCPS) cho học sinh dùng thuốc do học sinh tự mang đến trường.
7. Tất cả thuốc giữ tại trường học sẽ được cất tại một nơi an toàn chỉ có nhân viên có ủy quyền mới được truy cập.
8. Phụ huynh/giám hộ có trách nhiệm lấy lại bất cứ phần thuốc nào còn lại trong vòng một tuần sau ngày hết hạn của toa thuốc của người cung cấp dịch vụ y tế có phép hay vào cuối niên học. Thuốc không được lấy lại trong thời gian đó sẽ bị hủy bỏ.
9. Không khi nào người y tá trường, SHRT, hay nhân viên trường (MCPS) chích epinephrine cho một học sinh mà đã được xác định là có dị ứng phản ứng quá mẫn tính ngoài khuôn khổ của những phương thức kể trên.
10. Chỉ định của người cung cấp dịch vụ y tế và giấy phép của phụ huynh/giám hộ là cần thiết cho các thuốc khẩn cấp tự đem theo/tự sử dụng như epinephrine auto-injector dùng cho bệnh phản ứng quá mẫn tính. Y tá trường học phải thẩm định và chấp thuận khả năng và năng lực để tự dùng thuốc của học sinh. Rất quan trọng là học sinh hiểu sự cần thiết phải báo cáo với nhân viên y tế hay nhân viên MCPS sau khi tự chích epinephrine auto-injector, để có thể gọi 911.
11. Người y tá tại trường sẽ gọi người cung cấp dịch vụ y tế viết chỉ định, theo sự cho phép của Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), nếu có một câu hỏi đặt ra về em học sinh và/hay thuốc của học sinh.
12. Dùng [MCPS Form 525-13, Authorization to Administer Prescribed Medication, Release and Indemnification Agreement](#), (Cho Phép Nhân Viên Trường Cho Học Sinh Uống Thuốc Theo Toa, Thỏa Thuận về Giải Trừ Trách Nhiệm và Bồi Hoàn), cho tất cả các loại thuốc theo toa khác.