

使用哮喘药的指示和健康史

学年 _____

Simplified Chinese

学生姓氏:	学生名字:	出生日期:
年级:	学校:	

在上学之前，每一位患有生命危险健康状况的儿童均应出示针对该状况的药物或治疗指示。有生命危险健康状况是指如果药物和/或治疗指示以及护理计划没有到位，将导致孩子在上学期期间面临死亡危险的状况。提交药物或治疗指示后，学校护士应制定护理计划。每一个学年都需要完成药物和治疗指示。有生命危险健康状况的学生将被转介至 504 团队进行评估。(WAC 392-380-045, RCW 28A.210.320, 西雅图公立学校总监程序 3413SP).

此部分是由有执照的医疗健康照顾提供者所填写的 (LHCP)

哮喘诊断: 间歇的 轻微持续 中度的持续 严重的持续

一般哮喘症状: 咳嗽 气喘 呼吸急促 呼吸急促

要求使用吸入器 其它: _____

引起哮喘的因素: 运动 冷空气 呼吸系统疾病 花粉

空气质量差 烟雾、化学品、强烈气味 其它: _____

使用的药物:

Albuterol 吸入器(Proair®, Ventolin HFA®, Proventil) Levalbuterol 吸入器 (Xopenex®)

药物的副作用: 烦躁不安, 易怒, 神经过敏, 紧张, 心率加快

剂量: 喷2次 喷4次

时间: 每天, 请说明时间: _____

根据需要, 针对哮喘症状

运动前。运动前15-30分钟

重复使用药物: 否 是, 请说明多少次: _____

使用吸入器的垫片 否 是

在家使用的控制药物 (请具体说明): _____

独立程度

学生不会自己携带。学生需要指导和帮助。

学生可以携带和自行使用吸入器。学生已经获得正确使用吸入器的指导, 同时教导学生正确管理和使用次数。

LHCP 名字:	LHCP 签名	日期
地址:	电话号码#:	传真号码#:

药物指示在目前学年期间是有效的, 包括暑期班。

家长/监护人必须在第二页签名

此部分是由家学生家长/监护人来填写

学生姓名: _____ 年级: _____

家长/监护人姓名: _____ 电话号码#: _____

疾病的发展和治理/治疗

哮喘发病年龄/诊断 _____

你的学生是否使用峰值流量计(peak flow meter)? (次数、目前读数) _____

目前的哮喘和过敏药物 (名称、剂量、多少次) _____

你的学生多久需要使用吸入器? _____

在过去的一年中, 你的学生在医生办公室接受了多少次哮喘治疗? 请说明。

在过去的一年中, 你的学生去过急诊室或因哮喘住院多少次? 请说明。

请勾选最能描述你学生的哮喘症状方格:

保持不变 越来越差 越来越好

学生对哮喘状况的了解

你的学生是否了解到引起他们哮喘的原因? 是 否

当你的学生在经历令人痛苦的哮喘症状时, 能否确实地报告? 是 否

你的学生是否知道如何正确地使用吸入器? 是 否

评语: _____

我的学生可以在 LHCP 批准的情况下携带和自行使用规定的处方哮喘吸入器: 是 否 为办公室提供额外剂量? 是 否

- 我要求按照有执照的医疗保健提供者(LHCP)(即医生, 执业护士, PAC)的指示给予这种药物。
- 我允许卫生服务人员与LHCP/医疗办公室工作人员就该计划和药物进行沟通。
- 我了解药物可能不是由护士来执行, 而可能由注册护士培训和监督的学校工作人员来进行。
- 我免除学校工作人员在学校执行这种药物的任何责任。
- 医疗/药物信息可以与负责我孩子的学校工作人员和 911 工作人员(如果接到电话)共享。
- 提供的所有药物必须装在原来提供的容器中, 并附有LHCP 上面注明的说明。
- 鼓励学生佩戴可识别医疗状况的医疗ID 手环。
- 如果确定学生无法安全有效地自我使用订购的药物, 校长/学校护士可以撤销拥有和自行使用任何药物的许可。
- 根据法律, 我的签名表明, 我将使西雅图第一学区、其代理人、员工和董事会成员免受因学生自我使用和自行携带药物而产生的所有索赔、判决或责任的损害和赔偿。

家长/监护人签名: _____ 日期: _____

学生签名 - 年龄是18岁以上可以自己签名 (RCW 26.28.015 or RCW 70.02.130):

日期: _____

只供给校区护士使用

这一位学生已向注册护士展示了使用药物所需的技能以及使用药物所需的任何设备。

这一位学生可以携带并自行服用药物: 是 否

任何所需使用的设备: _____ 到期日: _____

注册护士的签名

日期

吸入气储存地点: 办公室 背包 在个人身上 其它: _____

建立 EAP 的日期: _____

IEP 504