

CHỈ ĐỊNH THUỐC CHO HEN SUYỄN VÀ TIỀN SỬ SỨC KHỎE

Năm học _____

Vietnamese

HỌ CỦA HỌC SINH:		TÊN CỦA HỌC SINH:	Ngày sinh:
Lớp:	Trường học:		

Trước khi đi học, mỗi trẻ em có tình trạng sức khỏe đe dọa tính mạng sẽ xuất trình một loại thuốc hoặc chỉ thị điều trị giải quyết tình trạng này. Tình trạng sức khỏe đe dọa tính mạng có nghĩa là một tình trạng sẽ khiến trẻ có nguy cơ tử vong trong ngày học nếu không có thuốc và/hoặc chỉ thị điều trị và kế hoạch điều dưỡng. Sau khi nộp thuốc hoặc chỉ thị điều trị, một kế hoạch điều dưỡng sẽ được phát triển bởi y tá của trường. Thuốc và chỉ thị điều trị được yêu cầu hoàn thành mỗi năm học. Học sinh có tình trạng sức khỏe đe dọa đến tính mạng sẽ được giới thiệu đến 504 Team để đánh giá. (WAC 392-380-045, RCW 28A.210.320, SPS Superintendent Procedure 3413SP).

Phần này sẽ được hoàn thành bởi nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cấp phép (LHCP)

Chẩn đoán hen suyễn: Không liên tục Nhẹ Liên tục Trung bình liên tục Nghiêm trọng liên tục

Triệu chứng hen suyễn thông thường: Ho Thở khò khè Khó thở Tức ngực
 Yêu cầu sử dụng thuốc dạng hít Khác: _____

Yếu tố kích hoạt hen suyễn: Tập thể dục Không khí lạnh Bệnh hô hấp Phấn hoa
 Chất lượng không khí kém Khói, hóa chất, mùi thơm mạnh Khác: _____

Thuốc theo chỉ thị:

Albuterol inhaler (Proair®, Ventolin HFA®, Proventil) Levalbuterol inhaler (Xopenex®)

Tác dụng phụ của thuốc: bồn chồn, khó chịu, hốt hoảng, hồi hộp, tăng nhịp tim

Liều lượng: 2 xịt 4 xịt

Thời gian: Hàng ngày, cho biết thời gian: _____

Khi cần thiết, đối với các triệu chứng hen suyễn

Trước khi tập thể dục. 15-30 phút trước khi tập thể dục

Thuốc lập lại: Không Có, cho biết mức thường xuyên: _____

Sử dụng miếng đệm với ống hít Không Có

Thuốc chính sử dụng tại nhà (ghi rõ): _____

Mức độ độc lập

Học sinh sẽ **KHÔNG** tự mang theo. Học sinh cần được giám sát và hỗ trợ.

Học sinh được phép mang theo và tự quản lý thuốc xịt. Học sinh đã được hướng dẫn sử dụng ống xịt đúng cách và đã được hướng dẫn cách sử dụng và tần suất sử dụng thích hợp.

Tên LHCP:	Chữ ký LHCP	Ngày
Địa chỉ:	Điện thoại #:	Fax #:

Thuốc chỉ định có giá trị trong suốt năm học hiện tại, bao gồm cả mùa hè.

CHA MẸ/NGƯỜI GIÁM HỘ PHẢI KÝ VÀO TRANG 2

PHẦN NÀY SẼ ĐƯỢC HOÀN THÀNH BỞI PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ CỦA HỌC SINH

Tên học sinh: _____ Lớp: _____

Tên cha mẹ/người giám hộ: _____ Phone #: _____

Phát triển bệnh và quản lý/điều trị

Tuổi khởi phát / chẩn đoán hen suyễn _____

Học sinh của quý vị có sử dụng peak flow meter không? (Tần suất, số đọc hiện tại) _____

Thuốc hen suyễn và dị ứng hiện tại (tên, liều lượng, tần suất)

Mức độ thường xuyên học sinh của quý vị sử dụng thuốc dạng hít? _____

Đã bao nhiêu lần trong năm qua học sinh của quý vị điều trị hen suyễn tại văn phòng bác sĩ? Xin vui lòng mô tả.

Đã bao nhiêu lần trong năm qua học sinh của quý vị đến Phòng Cấp Cứu hoặc nhập viện vì hen suyễn? Xin vui lòng mô tả.

Đánh dấu vào ô mà mô tả chính xác nhất các dấu hiệu hen suyễn của học sinh:

không thay đổi trở nên tồi tệ hơn trở nên tốt hơn

Kiến Thức của Học Sinh về Tình Trạng Hen Suyễn

Học sinh của quý vị có hiểu các yếu tố kích hoạt hen suyễn của chúng hay không? Có Không

Học sinh của quý vị có thể báo cáo một cách đáng tin cậy khi em đang trải qua các triệu chứng hen suyễn khó chịu hay không? Có Không

Học sinh của quý vị có biết cách sử dụng thuốc dạng xịt hít đúng cách không? Có Không

Nhận xét: _____

Học sinh của tôi có thể mang theo và tự cho thuốc xịt hen suyễn theo quy định với sự chấp thuận của LHCP: Có Không Cung cấp thêm cho văn phòng? Có Không

- Tôi yêu cầu thuốc này được cung cấp theo chỉ định của chuyên gia chăm sóc sức khỏe được cấp phép (LHCP) (như bác sĩ, bác sĩ y tá, PAC).
- Tôi cho phép nhân viên dịch vụ y tế liên lạc với LHCP/nhân viên văn phòng y tế về kế hoạch và thuốc này.
- Tôi hiểu rằng thuốc có thể không được quản lý bởi y tá nhưng có thể được quản lý bởi nhân viên trường học được đào tạo và giám sát bởi RN.
- Tôi miễn trừ nhân viên nhà trường khỏi bất kỳ trách nhiệm pháp lý nào trong việc quản lý thuốc này ở trường.
- Thông tin y tế/thuốc men có thể được chia sẻ với nhân viên nhà trường làm việc với con tôi và nhân viên 911, nếu họ được gọi.
- Tất cả các loại thuốc phải được đựng trong hộp gốc với các hướng dẫn như đã được ghi ở trên bởi LHCP.
- Học sinh được khuyến khích đeo vòng tay ID y tế xác định tình trạng y tế.
- Sự cho phép sơ hữu và tự quản lý bất kỳ loại thuốc nào có thể bị thu hồi bởi hiệu trưởng/y tá trường học nếu xác định rằng học sinh không thể tự quản lý các loại thuốc một cách an toàn và hiệu quả.
- Theo luật, chữ ký của tôi chỉ ra rằng tôi sẽ giữ vô hại và bồi thường cho Học khu Seattle số 1, các đại lý, nhân viên và thành viên hội đồng quản trị của Học khu đối với tất cả các khiếu nại, phán quyết hoặc trách nhiệm pháp lý phát sinh từ việc tự quản lý và tự mang thuốc bởi học sinh của tôi.

Chữ ký của cha mẹ/người giám hộ: _____ Ngày: _____

Chữ ký của học sinh – 18 tuổi trở lên tự ký tên cho chính mình (RCW 26.28.015 or RCW 70.02.130):

Ngày: _____

Chỉ Dành cho Y tá của Học Khu

Học sinh này đã thể hiện cho thạc sĩ y tá, kỹ năng cần thiết để sử dụng thuốc và bất kỳ thiết bị cần thiết để quản lý thuốc.

Học sinh này có thể mang theo và tự quản lý thuốc của em: Có Không

(Các) thiết bị nếu có, sử dụng: _____ Ngày hết hạn: _____

Thạc sĩ y tá ký tên

Ngày

Inhaler(s) địa điểm: Văn phòng BA LÔ TRÊN NGƯỜI KHÁC: _____

Ngày tạo EAP: _____

IEP 504