

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):

Khi KHÔNG CÓ một y tá trường học, nhân viên được đào tạo sẽ tiêm epinephrine ngay lập tức nếu học sinh có triệu chứng hoặc nghi ngờ tiếp xúc với chất gây dị ứng như được nêu trong Kế hoạch Chăm sóc Khẩn cấp của Học sinh (ECP). Học sinh được tiêm Epinephrine Auto Injector phải được theo dõi bởi nhân viên y tế hoặc phụ huynh và KHÔNG được ở lại trường.

Dị ứng nghiêm trọng với: _____

Tiền sử hen suyễn: Có (Cho biết nguy cơ phản ứng nghiêm trọng. **Chỉ thị Thuốc điều trị Suyễn khi sử dụng inhaler ở trường.**)
 Không

Tiền sử sốc phản vệ: Có, Ngày phản ứng sau cùng: _____ Kiểm tra da cho thấy dị ứng
 Không

Nếu một học sinh có các triệu chứng hoặc nghi ngờ (ví dụ., bị đốt, ăn thực phẩm gây dị ứng hoặc tiếp xúc với chất gây dị ứng):

- Cho Epinephrine Auto Injector (EAI) 0.3 mg Jr. 0.15 mg **Seattle Public Schools không có dự trữ epinephrine**
 Có thể lặp lại EAI (nếu có) trong 10-15 phút nếu các triệu chứng không thuyên giảm hoặc các triệu chứng trở lại và EMS chưa đến. Ghi lại thời gian cho thuốc và thông báo với EMS khi họ đến.
- Ở lại với học sinh
- GỌI 911 – Thông báo Emergency Medical Services rằng học sinh đã được cho Epinephrine
- Thông báo cho phụ huynh và y tá trường học
- Sau khi tiêm Epinephrine Auto Injector, cho Benadryl® hoặc antihistamine _____ (ml/mg/cc)
- Nếu học sinh có tiền sử hen suyễn và thở khò khè, khó thở, tức ngực kèm theo phản ứng dị ứng, sau khi Epinephrine Auto Injector và thuốc antihistamine, dùng:
 Albuterol (Pro-air®, Ventolin HFA®, Proventil®) _____ puffs
 Levalbuterol (Xopenex®) _____ puffs
 Khác: _____
- Cho phép mang theo & tự quản lý thuốc:
 Học sinh đã được hướng dẫn và có khả năng mang theo và tự quản lý EAI
 Học sinh đã được hướng dẫn và có khả năng mang theo & tự quản lý MDI

(LHCP) VUI LÒNG HOÀN THÀNH MỤC NÀY NẾU HỌC SINH BỊ DỊ ỨNG THỰC PHẨM NGHIÊM TRỌNG

Khuyết tật: Có thể bị sốc phản vệ nếu ăn phải thức ăn. **Hoạt động chính trong cuộc sống bị ảnh hưởng:** Khả năng ngừng hoạt động của nhiều dấu hiệu cơ thể dẫn đến tử vong.

Khuyết tật hạn chế chế độ ăn uống của học sinh như thế nào: Học sinh không được ăn thực phẩm có chứa (các) chất gây dị ứng.

THỰC PHẨM CẦN BỎ QUA: _____

Thực phẩm thay thế được đề xuất: _____

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 #: _____

Xác định phản ứng cụ thể của học sinh đối với chất gây dị ứng:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> MIỆNG -- Ngứa, ngứa ran hoặc sưng môi, lưỡi hoặc miệng | <input type="checkbox"/> DA -- Phát ban, phát ban ngứa và/hoặc sưng ở mặt hoặc tứ chi |
| <input type="checkbox"/> CỔ HỌNG -- Cổ họng căng hoặc khàn, khó thở hoặc khó nuốt | <input type="checkbox"/> RUỘT -- Buồn nôn, đau dạ dày/bụng đau quặn, nôn mửa và/hoặc tiêu chảy |
| <input type="checkbox"/> PHỔI -- Khó thở, ho lặp đi lặp lại và/hoặc thở khò khè | <input type="checkbox"/> TIM -- "Thready" pulse, "bất tỉnh", ngất xỉu, xanh xao, nhợt nhạt |
| <input type="checkbox"/> TỔNG QUÁT -- Hoảng sợ, tự nhiên cảm thấy sắp chết | <input type="checkbox"/> KHÁC -- _____ |

Bệnh sử và tình trạng hiện tại

Học sinh của quý vị đã có phản ứng dị ứng bao nhiêu lần? Không bao giờ một lần nhiều hơn một lần, giải thích: _____

Ngày phản ứng sau cùng? _____

Các phản ứng dị ứng thực phẩm: không thay đổi trở nên tồi tệ hơn trở nên tốt hơn

Các triệu chứng

Các dấu hiệu và triệu chứng mới phát khởi cho phản ứng dị ứng của học sinh là gì? (Hãy cụ thể, bao gồm những điều học sinh của quý vị có thể nói.)

Các triệu chứng xuất hiện nhanh như thế nào sau khi tiếp xúc với thực phẩm gây dị ứng? (giây, phút, giờ, ngày) _____

Học sinh của tôi có thể mang theo và tự quản lý EAI theo quy định với sự chấp thuận của LHCP:	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	Cung cấp thêm cho văn phòng?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không
Học sinh của tôi có thể mang theo và tự sử dụng thuốc hít hen suyễn được kê đơn với sự chấp thuận của LHCP:	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> Không	Cung cấp thêm cho văn phòng?	<input type="checkbox"/> Có	<input type="checkbox"/> 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.
- Tôi hiểu rằng chỉ có LHCP kê toa bằng văn bản mới có thể chấm dứt một kế hoạch chăm sóc sức khỏe mà đe dọa tính mạng.
- 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 sở 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: _____

Chi Dành cho Y tá của Học Khu

Học sinh này đã thể hiện cho thực 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

Date

Epinephrine auto-injector (EAI) chỗ: Văn phòng BA LÔ TRÊN NGƯỜI KHÁC: _____

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

Ngày tạo EAP: _____

IEP 504