

严重过敏/过敏反应用药指示和健康史

学年 _____

Simplified Chinese

学生姓氏:	学生名字:	出生日期:
年级:	学校:	

在回校上课之前，每一位有生命危险健康状况的儿童应出示针对该疾病的药物或治疗方法。有生命危险健康状况是指如果没有药物和/或治疗方法以及护理计划安排妥当，会使儿童在上学期间面临死亡危险的情况。当你提交药物或治疗方法后，学校护士应制定护理计划。每一学年都必须完成药物和治疗方法程序。患有生命危险健康状况的学生将被转介绍给 504 团队来进行评估。(WAC 392-380-045, RCW 28A.210.320, 西雅图公立学校总监程序 3413SP)。

此部分是由持牌医疗保健提供者来填写 (LHCP):

当学校护士不在时，如果学生出现症状或根据学生紧急护理计划 (ECP) 怀疑接触到过敏原，经过培训的职员将不会延误立即帮学生注射肾上腺素。接受肾上腺素自动注射器的学生必须由医务人员或家长继续观察，并且有可能不得留在学校。

对: _____ 有严重过敏

哮喘病史: 是 (表明会发生严重反应的可能性较高。在学校使用吸入器需要有哮喘药物指示。)

否

过敏反应史: 是, 最后一次反应日期: _____ 皮肤测试表明过敏

否

如果学生有症状或你怀疑接触到(即被蜇伤、食到食物过敏原或接触到过敏原):

1. 肾上腺素 (西雅图公立学校没有储存肾上腺素)

a. 自动注射器 0.3 毫克 小型 0.15 毫克

b. 喷雾剂 2 mg 1 mg

如果症状没有缓解或症状复发并且EMS尚未到达，在10到15分钟之内，可以重复使用EAI (如果有的话)。要记录给予药物的时间，并在他们到达时提醒EMS。

2. 陪学生在一起

3. 打911 - 通知紧急医疗服务部门学生已服用肾上腺素

4. 通知家长与学校护士

5. 注射肾上腺素自动注射器后，请给予Benadryl® 或抗组胺剂(antihistamine) _____ (ml/mg/cc)

6. 如果学生有哮喘病史，并且有喘息，呼吸急促，胸闷同时有过敏反应，在给与肾上腺素自动注射器和抗组胺药后，给予:

Albuterol (Pro-air®, Ventolin HFA®, Proventil®) 喷 _____ 次

Levalbuterol (Xopenex®) 喷 _____ 次

其它的药: _____

7. 同意携带和自行服用药物:

学生已接受指示，同时能够携带和自我使用 EAI

学生已接受指示，同时能够携带和自我使用 MDI

(LHCP) 如果学生有严重的食物过敏，请填写此部分

不利条件: 如果吞下食物，可能出现过敏反应。**主要生活活动受到影响:** 多种身体症状有可能会停止，导致死亡。

不利条件如何限制学生饮食: 学生不得食用含有过敏原的食物。

应删除的食物: _____

建议的一般替代品: _____

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#: _____

确认出学生对过敏原的具体反应:

- 腔--嘴唇、舌头或嘴巴发痒、刺痛或肿胀
- 喉咙--喉咙紧绷或声音嘶哑，呼吸或吞咽困难
- 肺--呼吸急促、反复咳嗽和/或喘息
- 一般来说--恐慌，突然感到厄运即将来临
- 皮肤--荨麻疹、发痒的皮疹和/或面部或四肢肿胀
- 内脏--作呕、胃痛/腹部绞痛、呕吐和/或腹泻
- 心脏--脉搏“细”、“昏倒”、昏晕、脸色发青、苍白
- 其它-- _____

历史与现状

你的学生有多少次有反应? 从来没有 一次 多过一次, 请说明: _____

最后的反应是什么时候? _____

过敏反应是: 保持不变 越来越差 越来越好

症状

学生的过敏反应徵象和症状是什么?(要具体说明, 包括学生可能会说的话。)

接触过敏原后症状多久出现?(秒、分钟、小时、天) _____

我的学生可以在 LHCP 批准的情况下携带和自我使用规定的 EAI:	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	为办公室提供额外剂量?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
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:	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	为办公室提供额外剂量?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 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。
- 我了解有生命危险的医疗保健计划只能由开处方的LHCP 以书面方式来终止使用。
- 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, 我将使西雅图第一校区、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 _____

肾上腺素自动注射器(EAI) 储存地点: 办公室 背包 在个人身上 其它: _____

吸人气储存地点: 办公室 背包 在个人身上 其它: _____

建立 EAP 的日期: _____

IEP 504