

투약허가서

Authorization to Administer Prescribed Medication

제공과 면책권 동의서(Release and Indemnification Agreement)



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

MCPS Form 525-13
2019년 2월
1/2

1부: 학부모/후견인이 작성합니다. (TO BE COMPLETED BY THE PARENT/GUARDIAN)

본인은 Montgomery County Public Schools(MCPS)와 Montgomery County Department of Health and Human Services(DHHS) 직원에게 의사/자격증 있는 처방자(2부 참조)가 처방한 처방약 제공을 요청 및 허락합니다. 본인은 MCPS와 DHHS와 그 직원, 교직원, 고용인이 2부에 명시된 의사/자격증 있는 처방자의 지시에 따라 이 학생에게 처방약의 제공을 허락하며 소송, 요구, 조치 등으로부터 보호, 책임을 면제할 것에 동의합니다. 본인은 이 양식 뒷면의 개요를 읽었으며 요구되는 의무사항을 이해했습니다.

학생 이름 성, 이름, 미들네임 이니셜 _____

MCPS 학생번호# _____ 생년월일 ____/____/____ 학교 이름 _____

처방전: 갱신 새 처방 새 처방의 경우, 첫날은 집에서 약을 투여해야 합니다. 투여 날짜: ____/____/____

학생이 복용하는 모든 약을 적으십시오. (비처방약도 포함)

학부모/후견인 _____ 서명 ____-____-____ 전화번호 날짜 ____/____/____

2부: 공인 처방자가 작성합니다. (TO BE COMPLETED BY THE AUTHORIZED PRESCRIBER)

DHHS and MCPS discourage the administration of medication to students in school during the school day. Any necessary medication that possibly can be administered before and after school should be so prescribed. Only non-parenteral medications are administered except in specific emergency situations. School personnel will, when it is absolutely necessary, administer medication to students during the school day and while participating in outdoor education programs and overnight field trips, according to the procedures outlined on the back of this form.

PLEASE USE A SEPARATE FORM FOR EACH MEDICATION

Name of Medication (trade name or generic): _____ Diagnosis: _____

Dosage: _____ Time(s) to be given at school: _____
Ranges not accepted (i.e., 1 to 2 tabs or 2 to 4 puffs)

Route of Administration: _____

Medication orders effective Current school year, **OR** Effective dates ____/____/____ to ____/____/____

Side Effects: _____

If PRN, specify when indicated (signs/symptoms) _____

Frequency of administration (ranges not accepted, i.e. every 2 to 4 hours) _____

Authorized Prescriber's Name (print/type) _____ Phone ____-____-____ Date ____/____/____

Authorized Prescriber Signature _____

SELF-CARRY/SELF-ADMINISTRATION OF EMERGENCY MEDICATION AUTHORIZATION/APPROVAL

Self-carry/self-administration of **emergency** medication such as inhalers and epinephrine auto-injectors must be authorized by the authorized prescriber and be approved by the school nurse according to the Maryland State School Health Services Guidelines.

Authorized prescriber's authorization for self-carry/self-administration of emergency medication

Signature _____ Date ____/____/____

School Nurse (RN) approval for self-carry/self-administration of emergency medication

Signature _____ Date ____/____/____

3부: 학교 간호사 또는 학교장이 작성합니다. (TO BE COMPLETED BY THE SCHOOL COMMUNITY HEALTH NURSE OR PRINCIPAL)

Check as appropriate:

Parts I and II above are completed, including signatures. (It is acceptable if all items of information in Part II are written on the authorized prescriber's stationery/prescription form)

Prescription medication is properly labeled by a pharmacist.

Medication label and authorized prescriber order are consistent.

Over-the-counter medication is in an original container with the manufacturer's dosage label and safety seal intact.

____/____/____ Date any unused medication is to be collected by the parent/guardian (within one week after expiration of the authorized prescriber's order).

Signature, School Community Health Nurse (SCHN)/Principal _____ Date ____/____/____

정보와 절차

1. 약은 학부모/후견인의 서면 허가 와 의사/자격증 있는 처방자의 서면 지시가 없으면 제공할 수 없습니다. 약은 처방약과 비처방약을 모두 포함합니다.
2. 이 양식은 학교에서의 약 투약을 위해 작성해야 하는 양식입니다. MCPS Form 525-14, 아나필락시스 진단받은 학생을 위한 응급조치와 아나필락시스 자동 주사기 투약 허가서 및 면책동의(Emergency Care for the Management of a Student with a Diagnosis of Anaphylaxis, Release and Indemnification Agreement for Epinephrine Auto Injector)는 아나필락시스 자동 주사기 투약을 선호할 경우에 작성합니다.
3. 학부모/후견인은 1부를 작성하고 2부를 의사/자격증 있는 처방자에게 작성하도록 해야 합니다. 계속 복용/투약이 필요한 경우, 학부모/후견인은 매 학사연도마다 양식을 다시 작성해야 하며 복용량이나 복용시간이 바뀐 경우에도 새로 작성해야 합니다. (의사/자격증 있는 처방자는 2부 작성 대신 병원 메모장이나 처방전용 종이를 사용해도 됩니다.) 정보에는 다음이 기재되어 있어야 합니다: 학생의 이름, 병명, 약명, 복용량, 투여 시간, 투약 경유, 투여 기간, 부작용, 의사/자격증 있는 처방자 서명과 날짜
4. 약은 학부모/후견인 또는 특별한 경우, 학부모/후견인이 지정한 성인이 학교에 배달해야 합니다. 학생이 가지고 온 약은 어떠한 경우에도 학교 보건담당(DHHS) 또는 학교 담당자(MCPS)가 제공하지 않습니다.
5. 처방약은 약사가 제공한 약병에 들어있는 형태로 제공해야 합니다. 비처방 OTC 약은 복용량이 적혀있고 미개봉인 상태로 구매시 들어있는 용기에 들어있어야 합니다. 의사/자격증 있는 처방자가 제공하는 약샘플은 적절한 의료 레이블이 부착된 것이어야 합니다.
6. 응급용 약이 아닌 새 약은, 학교에서 복용하기 전에, 집에서 첫날의 약복용을 마쳐야 합니다.
7. 학부모/후견인은 사용하지 않은 약을 의사/자격증 있는 처방자의 지시일이 지나거나 또는 종업일 1주일 이내에 수거해가야 합니다. 일주일 후까지 찾아가지 않는 약은 폐기처분하게 됩니다.
8. 스스로 약을 복용하거나 의료 처방을 받지 않은 약은 온전히 부모님/후견인의 책임이며 MCPS와 DHHS 에는 책임이 없습니다. 의사/자격증 있는 처방자의 지시와 부모/후견인의 동의가 없는 약은 학교 보건실에 보관하지 않습니다.
9. 학생의 약 복용을 결정할 수 없습니다.
10. 천식 흡입기와 과민증/아나필락시스의 에피네프린 주사기와 같은 학생이 소지하는 비상시 응급 처치약에도 의사/자격증 있는 처방자의 지시와 부모/후견인의 동의가 필요합니다. **양호교사 또는 학교 간호사는 학생이 스스로 약을 복용할 수 있는지 평가 및 승인해야 합니다. 학생이 호흡기나 에피네프린 주사기를 사용하였으나 차도가 없고 나아지지 않을 경우, 학생은 반드시 보건 담당교사나 MCPS 직원에게 알려서 911에 전화할 수 있다는 것을 반드시 알고 있어야 합니다.**
11. 학교 간호사는 학생 또는 학생의 처방약에 관한 질문이 있을 경우, Health Information Portability and Accountability Act(HIPAA)의 허락에 근거하여 지정된 처방자에게 연락합니다.