



약물 투여 허가

부모 또는 보호자:

이 양식의 두 페이지 모두는 투약 전에 반드시 작성해야 하며, 이는 교육구 정책 및 일리노이 주 교육위원회의 지침에 따른 것입니다.

학교에 제공되는 모든 약품은 다음 조건을 충족해야 합니다.

- 학생 이름, 처방 의사 이름, 약품명, 용량, 투여 경로, 투여 시간 및 약국 이름이 표시된 원래 처방 용기에 담아 제출하거나
- 처방전 없이 구입할 수 있는 의약품인 경우, 원래 제조업체 포장 상태 그대로 보관하십시오.
- 부모/보호자 또는 다른 책임 있는 성인이 모든 약을 학교 보건실로 가져와야 합니다.
- 약은 유효기간이 지나서는 안 됩니다.

학생 이름: _____ 생년월일: _____

의사 작성란:

의사의 처방을 받고 학생의 건강과 안전에 필수적인 약만 투여할 수 있습니다. 해당 약을 수업 시간 중에 복용해야 하는지 여부를 표시해 주십시오. 예 아니오

약물: _____ 복용량: _____

투여 경로: _____ 투여 빈도: _____ 정기 투여 필요시 투여

추가적인 세부 지침: _____

진단/적응증/의도된 효과: _____

발생 가능한 부작용: _____

학생이 복용 중인 기타 약물: _____

주문 기간: 현재 학년도 또는 기타: (기간 명시) _____

응급 약물: 에피네프린 또는 흡입기: (의사/진료보조사/간호사는 아래에 서명해야 합니다):

_____ 학생은 응급 약품을 직접 휴대하거나 직접 투여할 수 있습니다.

학생에게 이 약물 투여 방법을 지도했으며, 학생이 스스로 투여할 수 있음을 확인했습니다. (학교 보건실에 "예비" 약물을 보관하는 것이 좋습니다.)

처방권 보유자:



GLENVIEW SCHOOL DISTRICT 34

1401 Greenwood Road
Glenview, Illinois 60026
www.glenview34.org

처방자 이름: _____ 전화번호: _____

(인쇄됨)

서명: _____ 주문일: _____



학부모/보호자 동의서 (학교 투약용)

학생 이름: _____ 학년: _____ 학년도: _____

아래에 서명함으로써 본인은 자녀에게 약물을 투여할 책임이 주로 본인에게 있음을 인정합니다. 그러나 본인이 직접 약물을 투여할 수 없거나 응급 상황이 발생할 경우, 본인은 글렌뷰 학군 34와 그 직원 및 대리인이 본인을 대신하여 자녀에게 위에서 설명한 방식으로 합법적으로 처방된 약물을 투여하거나 투여를 시도할 수 있도록 권한을 부여합니다(또는 주법에 따라 학군 직원 및 대리인의 감독 하에 자녀가 스스로 약물을 투여하도록 허용할 수 있습니다). 이는 본인이 아나필락시스 반응, 천식 발작 또는 오피오이드 과다 복용을 겪고 있다고 선의로 판단되는 경우, 본인이 그러한 반응을 알고 있는지 여부와 관계없이 자녀에게 지정되지 않은 에피네프린 주사기, 알부테롤 또는 오피오이드 길항제를 투여하는 것을 포함합니다. 105 ILCS 5/22-30, P.A.s 99-480 및 100-726, 100-799에 의해 개정, 2019년 1월 1일 시행. 본인은 자녀에게 약물을 투여하는 과정에서 자격증을 소지하고 등록된 학교 간호사가 아닌 다른 사람이 개입해야 할 필요가 있을 수 있음을 인지하고 있으며, 그러한 상황에 명시적으로 동의합니다.

본인은 고의적이고 악의적인 행위에 근거한 청구를 제외하고, 자녀의 투약 또는 투약 과정으로 인해 발생하는 모든 청구로부터 제34학군, 그 구성원, 직원 및 대리인을 면책하고 손해를 배상하지 않기로 동의합니다. 자녀에게 에피네프린 자동주사기가 투여되는 경우, 학군 직원이 911에 신고하여 응급 서비스에 알릴 것임을 인지하고 이해합니다.

- 본인은 자녀의 건강 상태에 따른 약물 변경 사항이 있을 경우 학교에 알리는 데 동의합니다.
- 저는 학년말에 사용하지 않은 약을 모두 수령해야 한다는 것을 이해합니다. 사용하지 않은 약은 아이에게 보내지지 않으며, 학년말까지 수령하지 않으면 폐기될 것입니다.

부모/보호자 서명: _____ 날짜: _____

보호자 전화번호: _____

부모/보호자 동의서 (자신의 휴대 및 투약 허가) 천식 치료제 또는 에피네프린 자동 주사기

자녀가 스스로 약을 휴대하거나 투약할 수 있도록 허용하기 전에 아래에 서명해 주셔야 합니다.

나는 위의 제공자 진술에 동의하며 따라서 Glenview District 34와 그 직원 및 대리인이 내 아이가 위에서 언급한 약물을 (1) 학교에서, (2) 학교에서 후원하는 활동 중에, (3) 학교 직원의 감독 하에, 또는 (4) 학교 운영 부지에서 등교 전이나 후 돌봄과 같은 정규 학교 활동 전후에 스스로 휴대 및/또는 스스로 투여할 수 있도록 허용합니다. 일리노이 주법은 학군이 학부모/보호자에게 학생의 천식약 또는 에피네프린 자동주사기의 자가 휴대 및 자가 투여로 인해 발생하는 부상에 대해 고의적이고 악의적인 행위를 제외하고는 학군 및 그 직원과 대리인이 어떠한 책임도 지지 않는다는 사실을 알려야 한다고 규정하고 있습니다(105 ILCS 5/22-30, P.A.s 99-480 및 100-726, 100-799 개정, 2019년 1월 1일 발효).

자가 투약 허가는 허가된 학년도 동안 유효하며, 위에 명시된 요건을 충족하는 경우 매 학년도마다 갱신됩니다.

자녀가 약을 잊어버리거나 분실할 경우를 대비하여 학교에 여분의 약을 보관해 두시는 것을 권장합니다.



GLENVIEW SCHOOL DISTRICT 34

1401 Greenwood Road
Glenview, Illinois 60026
www.glenview34.org

아래 서명은 위 정보를 수령했음을 나타내며, 귀하의 자녀가 천식약 또는 에피네프린 자동주사기를 휴대하고 사용하는 것을 허가하는 것입니다.

부모/보호자 서명: _____ 날짜 _____

증인: _____ 날짜 _____

학생은 (자비로 휴대하는 경우) 다음 부분을 작성해야 합니다.

저는 다음 사항에 동의합니다:

- 1. 학교 보건실 직원에게 트레이너를 활용하여 흡입기 또는 에피네프린 자동주사기의 올바른 사용법을 시연하십시오.
- 2. 절대로 제 약을 다른 사람과 나눠 쓰지 마세요.
- 3. 흡입기를 사용한 후에도 호흡이 나아지지 않으면 보호자에게 알려주세요.
- 4. 에피네프린 자동주사기를 사용할 경우 즉시 보호자에게 알려야 합니다.

학생 서명 _____ 날짜 _____