



**의약품 관리 승인**

부모님 또는 보호자 분께 :

이 서류의 두 페이지는 학군 정책 및 일리노이 주 교육위원회의 지침에 따라 모든 의약품의 관리 승인을 하기 전에 작성해야 합니다.

학교에 보내시는 모든 약은 반드시.

- 학생의 이름, 처방 의사, 약 이름, 복용량, 경로, 제공 시간 및 약국 이름이 표시된 **원래 처방 용기**에 있거나
- 처방전이 아닌 의약품 인 경우 **본 제조업체 포장** 안에 들어 있어야 합니다.
- 부모 / 보호자 또는 기타 **책임 있는 성인이 의약품을 학교 양호실**에 가져 오셔야 합니다.
- 약의 유통기간이 지나면 안됩니다.

학생 이름 : \_\_\_\_\_ 생년월일 : \_\_\_\_\_

**의사가 작성 함 :**

의사가 처방하고 학생의 치명적인 건강과 복지에 절대적으로 필요하여 의약품이 반드시 제공 되어야 합니다. 수업 중 복용해야 하는지 여부를 알려주십시오. 예  아니오

약 : \_\_\_\_\_ 복용량 : \_\_\_\_\_

복용/투여 방법 : \_\_\_\_\_ 빈도 : \_\_\_\_\_ 스케줄  PRN

추가 구체적인 지침 : \_\_\_\_\_

진단 / 표시 / 의도 된 효과 : \_\_\_\_\_

가능한 부작용 : \_\_\_\_\_

학생이 복용하는 다른 의약품 : \_\_\_\_\_

처방 기간 : 현재 학년도 또는 기타 : (기간지정) \_\_\_\_\_

**응급 의약품** : 에피네프린 또는 흡입기 : (MD / PA / NP는 아래에 서명이 있어야 함) :  
\_\_\_\_\_ 이 학생은 의약품을 자가 휴대 / 관리 할 수 있습니다.

학생에게 이 약의 투여에 대해 지시(설명)했고 학생은 이약을 독립적으로 투여 할 수 있음을 알고 있습니다. (여분의 약은 학교 양호실에 보관하는 것을 권유합니다).

**면허 처방인 :**

처방인 이름 : \_\_\_\_\_ 전화 번호 : \_\_\_\_\_  
(인쇄)

서명 : \_\_\_\_\_ 처방 날짜 : \_\_\_\_\_



**학교에서의 의약품 관리를 위한 부모 / 보호자 승인**

아래에 서명함으로써 본인이 자녀의 의약품 관리의 주 책임이 있음에 동의합니다. 그러나 본인이 그렇게 할 수 없거나 의학적 응급 상황이 발생하는 경우 본인은 본인을 대신하여 Glenview 34학군 및 그 직원 및 대리인이 본인 자녀의 의약품을 관리 또는 시도 할 수 있는 권한을 부여합니다. (또는 제 자녀가 주법에 따라 학군의 직원 및 대리인의 감독하에 언급된 방식으로 자가 관리하고 합법적으로 사용 함을 허용 합니다.) 여기에는 본인의 자녀가 아나필락시스 반응, 천식 발작 또는 오피오이드 과다 복용이 확실 할 경우 지정되지 않은 에피네프린 인젝터, 알부 테를 또는 오피오이드 길항제를 자녀에게 투여하는 것이 포함됩니다. 105 ILCS 5 / 22-30, P.A.s 99-480 및 100-726 및 100-799 eff 1-1-19에 의해 수정되었습니다. 본인은 본인의 자녀에게 의약품을 관리하는 것이 공인 및 등록 된 학교 간호사 외의 개인이 수행해야 할 수도 있음을 인정하며, 특히 그러한 관행에 동의합니다.

본인은 자녀가 스스로 약을 복용할 때 고의적이고 원치 않는 행동 대한 상해 청구를 제외한 행정 또는 자녀의 의약품 관리에 관한 모든 청구에 대해 34 조 지구, 회원 및 직원 및 대리인을 면책하고 면책하는 데 동의합니다.

에피네프린 자동 주사기를 자녀에게 투여하는 경우, 학군 직원은 응급 서비스에 알리기 위해 9-1-1로 전화해야 하는 것을 알고 있다고 이해합니다.

본인은 자녀의 상태에 따른 약물의 변화를 학교에 알려야 함에 동의합니다.

저는 학년도 말에 사용하지 않은 약을 수령 해야 것을 이해합니다. 사용하지 않은 약은 자녀와 함께 집으로 보내지 않으며 학교 마지막 날까지 수령하지 않으면 폐기됩니다.

학부모 / 보호자 서명 : \_\_\_\_\_ 날짜 : \_\_\_\_\_

보호자 전화 번호 : \_\_\_\_\_

**부모 / 보호자 의 천식 약물 또는 에피네프린 자동 주사기의 자가 휴대 / 관리 승인**

**자녀가 자가 관리 승인 전에 저희는 귀하께 반드시 서명 받아야 합니다.**

본인은 위의 의료 제공자 명시 사항에 동의 하며 글렌뷰 34 학군 직원 및 대리인이 본인의 자녀가 학교에서 (1) 학교에서 명시된 약 (2)을 스스로 휴대 및 / 또는 자체 관리 할 수 있도록 승인합니다. 학교 과외 활동, (3) 교직원의 감독하에 있는 동안, 또는 (4) 학교 운영 재산에 대한 방과 전 또는 방과 후 간호와 같이 정상적인 학교 활동 전후. 일리노이 주법에 따라 교육 구는 학부모 / 후견인에게 알리고, 직원/ 대리인이 학생의 자가 의약품 관리 중 고의적이고 원치 않는 행동에 의 한 상해를 제외하고는 책임이 없음을 통보 해야 합니다. 및 천식 약물 또는 에피네프린 자동 주사기의자가 투여 (105 ILCS 5 / 22-30, PA 99-480 및 100-726 및 100-799 모두 1-1-19 개정)

약물의 자가 관리에 대한 허가는 약이 부여 된 학년도에 유효하며 위에 명시된 요건을 충족하면 그 다음 학년도 마다 갱신됩니다. 자녀가 약을 잊어 버리거나 잃어버린 경우 학교에 보관할 약의 추가 용량을 제공하는 것이 좋습니다.

아래의 서명은 위의 정보를 받았으며 자녀가 천식 약물 또는 에피네프린 자동 주사기를 휴대하여 사용할 수 있는 권한입니다.

부모 / 보호자 서명 : \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

증인 : \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

**학생은 다음 섹션을 작성해야 합니다 (자가 휴대).**

나는 동의합니다:

1. 학교 보건소 직원에게 트레이너를 사용하여 흡입기 또는 에피네프린 자동 주사기의 올바른 사용법 시연
2. 의약품을 다른 사람과 공유하지 않습니다.
3. 흡입기를 사용한 후에도 호흡이 개선되지 않으면 책임 있는 성인에게 립니다. 또는
4. 에피네프린 자동 주사기를 사용하는 경우 담당 성인에게 즉시 알리십시오.



**GLENVIEW SCHOOL DISTRICT 34**

1401 Greenwood Road

Glenview, Illinois 60026

[www.glenview34.org](http://www.glenview34.org)

학생 서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_