

에피네프린 소지 또는 자가 투여 학생을 위한 허가 양식

학생 이름: _____ 생년월일: _____

본인은 의료 제공자로서 해당 아동이 심각한 알레르기 반응 병력이 있고 처방된 약품 사용에 대해 훈련을 받았으며 에피네프린 소지 및 자가 투여를 할 수 있는 것으로 판단됨을 증명합니다. 의약품/주사기를 사용할 때마다 간호사 또는 지정된 교직원에게 통보해야 합니다. 해당 아동은 다른 사람과의 의약품 공유에 대한 위험을 이해하며 이러한 행위를 자제하도록 동의함을 이해합니다. 본인은 학생이 소지 및 자가 투여 특권을 남용했거나 학생이 안전하지 않게 비효율적으로 의약품을 자가 투여할 경우 학교는 학년도 동안 언제든지 상기 비상 약품 소지 및 자가 투여 허용을 취소할 수 있음을 이해합니다.

- 자가 소지
- 자가 투여

학생 서명

학생 이름 정자 표기

날짜

의료 제공자 서명

의료 제공자 이름 정자 표기

날짜

학부모/보호자 서명

날짜

학교장/피지명인 서명

날짜