

의료 처치 계획 시행을 위한 승인 양식

학생: _____ 생년월일: _____ 학교: _____

학교/아동 보호 계약인 (CCC)은 약 투여를 포함한 의료 처치가 제공되기 전에 학부모/보호자의 구체적 서면 승인을 얻어야 합니다 해당 서명 확인 동의는 훈련받은 학교/CCC 직원에게 의료 지시 시행을 위한 권한을 줍니다.

학부모/보호자가 학교/취학 연령 아동 보호 (SACC)에서 자녀의 의료 처치를 승인할 때 해당 승인은 지시된 특정 처치와 관련된 학교 보건 전문가와 의료 처방자 간의 적절한 의사 소통 허가를 포함합니다. 학부모/보호자가 서명 및 날짜를 기입하지 않은 보건 처치 계획은 시행되지 않을 것입니다.

의료 지시에 근거한 의사 소통은 일반적으로 다음을 포함합니다:

- 처치 자체에 대한 처방 (예, 복용량, 투여 방법, 잠재적 약물 상호 작용에 대한 질문);
- 학교/SACC에서 처치 시행 (예, 안전 염려, 감염 통제, 사안, 학교 환경 또는 학생의 학업 일정과 관련된 처치 지시의 수정); 및
- 학생 처치 결과 (예, 관찰된 부작용, 예상치 못한 반응, 학급에서 행동 관찰과 관련된 질문).

본인/우리는 비의료인이 자녀에게 해당 절차를 수행할 수 있다는 것을 알고 있습니다.

버지니아주 수칙 § 22.1-274에 따라 본인은 다음에 동의합니다:

본인은 학생이 시행한 상기 비상약의 자가 투여로 인해 발생한 모든 부정적 결과에 대해 교육위원회, 모든 관련 직원, 또는 CCC에 책임을 묻지 않을 것입니다.

학교 간호사, 학부모, CCC 및 의료 제공자의 검토 및 동의 하에 해당 의료 처치 계획은 연례 검토일 또는 학생의 의료 상태 변경이 필요할 때까지 효력을 유지합니다.

학부모/보호자 성함 정자로 기입 학부모/보호자 서명 날짜

학교 간호사/CCC 성함 정자로 기입 학교 간호사/CCC 서명 날짜

처치 절차를 위한 훈련받은 학교 관계자/CCC:

이름을 정자로 기입	서명	훈련받은 사람 서명	훈련 일자