



# FCPS의 버지니아 천식 대응 계획 실시를 위한 허가서

뒷면에 있는 정보와 절차를 읽기 바랍니다

<b>파트 I 학부모 또는 보호자가 기재해야 함</b>			
본인은 Fairfax 카운티 공립학교 (FCPS), Fairfax 보건국 (FCHD), 학령 아동 돌봄 (SACC) 직원이 이 허가서에 있는 지시에 따라 자녀의 투약을 돕도록 허락합니다. 본인은 FCPS, FCHD, SACC 직원이 아래에 명시되어 있는 의료 서비스 제공자, 학부모 또는 보호자의 지시에 따라 자녀의 투약을 도운 일에 대하여 FCPS, FCHD, SACC 그리고 이러한 기관의 임원, 직원 또는 기관들을 상대로 소송, 청구, 비용, 요구, 조치 등으로부터 면제, 면책시키며 보호할 것에 동의합니다. <b>본인은 이 양식의 뒷면에 있는 요약된 절차를 읽었으며 필요한 경우, 책임을 진다는 것을 알고 있습니다. 본인은 다 작성된 버지니아 천식 대응 계획을 제공할 것입니다.</b>			
학생은 이 약품을 이전에 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (*'아니오'에 답한 경우, 학교에서 부작용이 일어나지 않도록 첫 투약은 반드시 가정에서 실시해야 함.) 투약한 적이 있나요? 처음 투약한: 날짜 _____ 시간 _____			
학생 이름: 성	이름		중간이름
생년월일	학교 이름	학년도	학년
학교장 또는 학교장의 지명 대리인이 모든 필수 허가서를 직접 검토하지 않은 한, 어떠한 교육위원회 직원, 공중 보건 간호사, 학교 보건실 보조사도 교육위원회 정책을 따르지 않고 의약품 투약하거나 치료할 수 없습니다. 본인은 필요할 경우 처방전에 제공된 정보를 확인하기 위해 아래에 기재된 의료 서비스 제공자에게 연락하는 것을 허락합니다.			
학부모 또는 보호자 서명		주간 전화번호	날짜

<b>파트 II 지침</b>							
<p><b>녹색 단계 (Green Zone)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>학교에서는 어떠한 조치도 필요하지 않음.</li> </ul> <p><b>황색 단계 (Yellow Zone)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>황색 단계 (Yellow Zone)</b>에서 흡입기의 처방된 흡입 횟수 또는 <b>구조 약품</b>의 분무 요법을 실시할 것</li> <li>증상이 악화되거나 15분 이내에 호전되지 않으면, <b>적색 단계 (Red Zone)</b>로 이동할 것</li> <li>증상이 호전되었으나 20분 이내에 <b>녹색 단계 (Green Zone)</b>로 돌아가지 못하면, 학부모/보호자에게 연락하여 학생을 집에 데려가도록 할 것</li> <li>증상이 호전되고 20분 이내에 <b>녹색 단계 (Green Zone)</b>로 돌아가면, 학생을 교실로 돌려보낼 것</li> <li>만약 학생이 <b>황색 단계 (Yellow Zone)</b>의 증상을 보이고 교실로 돌아왔지만, 아직 반복 투여할 시간이 되지 않은 경우, 학부모/보호자에게 연락하여 학생을 집에 데려가도록 할 것</li> </ul> <p><b>적색 단계 (Red Zone)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>적색 단계 (Red Zone)</b>에서 흡입기의 처방된 흡입 횟수 또는 <b>구조 약품</b>의 분무 요법을 실시할 것</li> <li>응급 의료 서비스 (EMS) 911에 전화할 것</li> <li>학부모/보호자에게 연락할 것</li> <li>EMS를 기다리는 동안 15분 간격으로 구조 약품을 3회 투여할 것                     <ul style="list-style-type: none"> <li><b>황색 단계 (Yellow Zone)</b>에서 실시한 치료는 이 3회의 치료에 포함되지 <b>않음</b>.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>상기 사항: 현재 학생의 의료 서비스 제공자가 작성한 버지니아 천식 대응 계획을 가지고 있지만 처방된 알부테롤 흡입기를 사용할 수 없는 경우, 학교에서 제공하는 지정되지 않은 알부테롤 및 벨브형 정지 챔버 (벨브가 포함된 스페이서: 흡입 보조기구)를 사용하여 학생의 계획을 따르기 바람.</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;"><b>흡입기를 스스로 휴대하고 사용하는 학생들을 위해 이 섹션을 작성하기 바람</b></p> <p><input type="checkbox"/> 학생은 학교에서 흡입기를 휴대하고 스스로 사용할 수 있도록 면허 소지 처방자의 승인을 받았음. 학생은 학교장이 알고 있는 상황에서 학교 또는 SACC 시간 동안 흡입기를 가지고 다녀야 함. 학생은 흡입기 휴대에 관한 책임이 있음을 인지하고 버지니아 천식 대응 계획에 설명되어 있는 것처럼 면허 소지 처방자의 처방을 따를 것임. (추가로 흡입기로 사용될 또 다른 흡입기는 학교 보건실이나 학교가 승인한 다른 장소에 보관될 수 있음.)</p> </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">학부모/보호자 서명 (필수)</td> <td style="width: 50%;">날짜</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">학생 서명 (필수)</td> <td style="width: 50%;">날짜</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>		<p style="text-align: center;"><b>흡입기를 스스로 휴대하고 사용하는 학생들을 위해 이 섹션을 작성하기 바람</b></p> <p><input type="checkbox"/> 학생은 학교에서 흡입기를 휴대하고 스스로 사용할 수 있도록 면허 소지 처방자의 승인을 받았음. 학생은 학교장이 알고 있는 상황에서 학교 또는 SACC 시간 동안 흡입기를 가지고 다녀야 함. 학생은 흡입기 휴대에 관한 책임이 있음을 인지하고 버지니아 천식 대응 계획에 설명되어 있는 것처럼 면허 소지 처방자의 처방을 따를 것임. (추가로 흡입기로 사용될 또 다른 흡입기는 학교 보건실이나 학교가 승인한 다른 장소에 보관될 수 있음.)</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">학부모/보호자 서명 (필수)</td> <td style="width: 50%;">날짜</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">학생 서명 (필수)</td> <td style="width: 50%;">날짜</td> </tr> </table>	학부모/보호자 서명 (필수)	날짜	학생 서명 (필수)	날짜
<p style="text-align: center;"><b>흡입기를 스스로 휴대하고 사용하는 학생들을 위해 이 섹션을 작성하기 바람</b></p> <p><input type="checkbox"/> 학생은 학교에서 흡입기를 휴대하고 스스로 사용할 수 있도록 면허 소지 처방자의 승인을 받았음. 학생은 학교장이 알고 있는 상황에서 학교 또는 SACC 시간 동안 흡입기를 가지고 다녀야 함. 학생은 흡입기 휴대에 관한 책임이 있음을 인지하고 버지니아 천식 대응 계획에 설명되어 있는 것처럼 면허 소지 처방자의 처방을 따를 것임. (추가로 흡입기로 사용될 또 다른 흡입기는 학교 보건실이나 학교가 승인한 다른 장소에 보관될 수 있음.)</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">학부모/보호자 서명 (필수)</td> <td style="width: 50%;">날짜</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">학생 서명 (필수)</td> <td style="width: 50%;">날짜</td> </tr> </table>	학부모/보호자 서명 (필수)	날짜	학생 서명 (필수)	날짜		
학부모/보호자 서명 (필수)	날짜						
학생 서명 (필수)	날짜						

<b>파트 III 학교장 또는 학교장의 지명 대리인이 기재해야 함</b>	
해당 부분에 √ 로 표기하세요:	
<input type="checkbox"/> 상기 버지니아 천식 대응 계획의 파트 I은 서명과 함께 작성되어 있음.	
<input type="checkbox"/> 의약품에는 표기가 정확하게 되어있음. _____ 사용되지 않은 의약품을 학부모 또는 보호자가 회수해야 하는 날짜. (이 허가서의 유효 기간이 만료된 후 1주일 이내 또는 학교 종강일.)	
학교장 또는 학교장의 지명인 서명	날짜

Fairfax 카운티 공립 학교 학생들의 학업 기록은 학부모, 보호자 또는 자격을 갖춘 학생의 서면 동의 없이는 수령인이 다른 타인/기관으로 하여금 이러한 정보를 사용하도록 허락하지 않겠다고 동의할 경우에 한하여 제공될 것임.

## 천식 구조 약품 사용 절차 승인에 관한 학부모/보호자를 위한 정보

1. 천식 구조 약품은 면허 소지 처방자와 학부모 또는 보호자 모두가 서명한 허가서가 있는 경우에만 학교, 학교가 후원하는 활동 또는 SACC에서만 사용할 수 있습니다.
2. 버지니아 천식 대응 계획에 있는 면허 소지 처방자의 처방을 받는 것은 학부모 또는 보호자의 책임입니다. 양식은 다음에서 찾을 수 있습니다: Virginia Asthma Action Plan (버지니아 천식 대응 계획).
3. 학부모 또는 보호자는 학생의 천식 구조 약품 및 다 작성된 버지니아 천식 대응 계획을 학교에 가져올 때 이 SS/SE-65 양식을 작성해야 합니다.
4. 면허 소지 처방자는 버지니아 천식 대응 계획을 작성하는 대신 면허 소지 처방자의 개별적 사무용지나 처방전 용지를 사용할 수 없습니다.
5. 면허 소지 처방자가 준 견본품들에는 일반적으로 약국의 라벨에 기재되어 있는 정보를 포함하여 반드시 면허 소지 처방자가 작성한 적절한 라벨이 부착되어 있어야 합니다.
6. 새로운 약품의 첫 투약은 반드시 가정에서 이루어져야 합니다.
7. 학부모 또는 보호자는 새 학년이 시작될 때 그리고 투약해야 하는 의약품의 분량이나 시간에 변경이 있을 때마다 새로운 양식을 학교 또는 SACC에 제출할 책임이 있습니다.
8. 학생이 학교 시간 및 SACC 시간 동안 천식 구조 약품을 휴대해도 된다고 허락받지 않는 한, 학부모 또는 보호자는 학교 보건실로 천식 구조 약품을 직접 전달해야 합니다.
9. 학생이 학교 시간 동안 의약품을 가지고 다녀도 된다고 허락받지 않는 한, 의약품은 학교에서 권한을 받은 직원만이 관리할 수 있도록 잠금장치가 있는 곳에 보관될 것입니다. 학생이 자신의 흡입기를 가지고 다닌다면, 예방 조치로서 추가의 흡입기가 학교 보건실에 보관될 수 있습니다.
10. 학생이 의약품을 가지고 다녀도 된다고 허락받지 않는 한, 이 허가서의 유효 기간이 만료된 후 1주일 이내 또는 학교 종강일까지 학부모나 보호자는 학교로 직접 가서 남아있는 의약품(들)을 회수해 가야 합니다. 이 기간 내에 회수되지 않은 의약품들은 모두 폐기될 것입니다.
11. Fairfax 카운티 보건국, Fairfax 카운티 공립학교, Fairfax 카운티 학령 아동 돌봄 센터는 학생의 투약이 허용된 의약품을 학생이 독자적으로 투약한 사실에 대해서는 책임을 지지 않습니다.
12. 여기에 그리고/또는 FCPS 규정에서 요약한 기본 절차 이외에는 어떠한 경우를 막론하고 보건 직원, 학교 직원 또는 SACC 직원도 학생에게 투약할 수 없습니다.
13. 학부모 또는 보호자는 자녀의 학교 시간 동안 그리고 SACC에 있는 동안 투약하도록 요구되는 약품을 FCPS와 SACC에게 제공해야 합니다.