

Orden de administración de medicamentos de rescate de convulsiones (AMMO)

CONVULSIÓN - Medicamento/Orden de Manejo (AMMO) Autorización de medicación de rescate de convulsiones (De acuerdo con UCA 53G-9-505) Departamento de Salud y Servicios Humanos de Utah/Departamento de Educación del Estado de Utah		Proveedor de cuidado de la salud:	Foto
		Año escolar:	
INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE			
Estudiante:	Fecha de nacimiento:	Grado:	Escuela:
Padre:	Teléfono:	Correo electrónico:	
Médico:	Teléfono:	Fax:	
Enfermera de la escuela :	Teléfono de la escuela:	Fax:	
INFORMACIÓN SOBRE LAS CONVULSIONES			
Tipo de convulsión/Descripción		Duración	Frecuencia
PADRE DEBE COMPLETAR (debe ser completado por el padre antes de enviarlo al proveedor de atención médica)			
Si las convulsiones son tónico-clónicas en todo el cuerpo, un voluntario capacitado puede administrar medicamentos de rescate. Las convulsiones que no son tónico-clónicas, los medicamentos de rescate solo pueden ser administrados por un RN, un padre o un EMS.			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Certifico que el padre/tutor ha administrado previamente el rescate de convulsiones medicación en un entorno sin supervisión médica sin complicaciones.			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Certifico que el estudiante ha dejado de tener una convulsión prolongada o convulsiva en todo el cuerpo actividad como resultado de recibir este medicamento. Si la respuesta es No, el medicamento no puede ser administrado por un voluntario capacitado. Solo puede ser administrado por un RN, padre o EMS.			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Certifico que el profesional de la salud de mi estudiante le ha recetado un medicamento de rescate de convulsiones para el/ella <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Solicito que la escuela identifique y capacite a los empleados de la escuela que estén dispuestos a ofrecerse como voluntarios para recibir capacitación para administrar un medicamento de rescate de convulsiones.			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Autorizo a un empleado voluntario de la escuela capacitado para administrar el rescate de convulsiones medicamento.			
Firma de los padres:		Fecha:	
Como padre/tutor del estudiante mencionado anteriormente, doy permiso para que el proveedor de atención médica de mi estudiante comparta información con la enfermera de la escuela para completar esta orden. Entiendo que la información contenida en esta orden se compartirá con el personal de la escuela según sea necesario. Es responsabilidad del padre/tutor notificar a la enfermera de la escuela sobre cualquier cambio en el estado de salud del estudiante, atención u orden de medicación. Autorizo al personal de la escuela a administrar los medicamentos que se describen a continuación a mi estudiante. Si se cambia la receta, se debe completar un nuevo SMMO antes de que el personal de la escuela pueda administrar el medicamento. Los padres/tutores son responsables de mantener los suministros, medicamentos y equipos necesarios.			
Firma de los padres:		Fecha:	
CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PAGINA			

Orden de administración de medicamentos de rescate de convulsiones (AMMO)

Nombre del estudiante:		Fecha de nacimiento:	Año escolar:		
PARA SER COMPLETADO POR EL RECETADOR					
MEDICAMENTOS DE RESCATE DE CONVULSIONES DE EMERGENCIA					
De acuerdo con estas órdenes, la enfermera escolar y los padres deben desarrollar un plan de atención médica individualizado (IHP) para compartirlo con el personal escolar apropiado. Como proveedor de atención médica con licencia del estudiante, confirmo que el estudiante tiene un diagnóstico de convulsiones.					
<input type="checkbox"/> Este medicamento es necesario durante el día escolar. Se permitirá que el personal capacitado administre este medicamento.					
Administre medicamentos de emergencia SI:	Medicamento	Dosis	Ruta	Llamar	
<ul style="list-style-type: none"> • Si la convulsión dura ___ minutos o más • Si ___ o más convulsiones consecutivas con o sin un período de conciencia (en minutos) • Otro: 	<input type="checkbox"/> midazolam <input type="checkbox"/> Diazepam <input type="checkbox"/> Lorazepam <input type="checkbox"/> Otro (especifique):	_____ mg _____ ml	<input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Rectal <input type="checkbox"/> Otro	SIEMPRE llame al 911, a los padres y a la enfermera escolar	
Efectos secundarios potenciales comunes: depresión respiratoria, irritación nasal, pérdida de memoria, somnolencia, fatiga. otro:					
Instrucciones adicionales para la administración:					
Pedidos adicionales:					
DISPOSITIVOS IMPLANTADOS					
Este estudiante tiene un:					
<input type="checkbox"/> Neuroestimulación receptiva (RNS) <input type="checkbox"/> Estimulación cerebral profunda (DBS) <input type="checkbox"/> Estimulador del nervio vago (VNS): el personal capacitado recibirá capacitación sobre el uso del dispositivo.					
Describa el uso del imán:					
FIRMA DEL RECETADOR					
Esta orden solo puede ser firmada por un MD/DO; Enfermero practicante, asistente médico certificado o un proveedor con práctica prescriptiva.					
Nombre del Médico/Recetador:			Teléfono:		
Firma del Médico/Recetador:			Fecha:		
ENFERMERA ESCOLAR (o designado principal si no hay enfermera escolar)					
<input type="checkbox"/> Firmado por el recetador y el padre <input type="checkbox"/> El medicamento está debidamente etiquetado <input type="checkbox"/> Registro de medicamentos generado					
Los medicamentos se guardan: <input type="checkbox"/> Oficina de salud <input type="checkbox"/> Oficina Principal <input type="checkbox"/> Otro (especifique, debe estar bajo llave):					
Una copia de IHP/EAP distribuida al personal "que necesita saber":					
<input type="checkbox"/> Recepción/administración <input type="checkbox"/> Maestro(s) de educación física <input type="checkbox"/> Maestro(s) <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Otro (especifique):					
Firma de la enfermera:			Fecha:		