

# 過敏性反應護理計劃 (9.1.2019 – 8.31.2020)

姓名: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_

過敏體: \_\_\_\_\_

哮喘: 是\* · 否 · · · · · \*具高風險的嚴重反應

## 第一步驟: 治療

### 症狀:

### 給予所勾選的藥物:

口腔: 瘙癢、刺痛、或雙唇輕度腫脹	<input type="checkbox"/> 腎上腺素	<input type="checkbox"/> 抗組織胺劑
皮膚: 輕度皮疹、發癢	<input type="checkbox"/> 腎上腺素	<input type="checkbox"/> 抗組織胺劑
皮膚: 輕度皮疹、抗組織胺劑服後二十分鐘無效的發癢	<input type="checkbox"/> 腎上腺素	<input type="checkbox"/> 抗組織胺劑
皮膚: 嚴重皮疹、臉部或四肢腫脹	<input type="checkbox"/> 腎上腺素	<input type="checkbox"/> 抗組織胺劑
腸胃: 噁心、腹部絞痛、嘔吐、腹瀉	<input type="checkbox"/> 腎上腺素	<input type="checkbox"/> 抗組織胺劑
喉嚨: 喉嚨收緊、聲音嘶啞、不斷咳嗽	<input type="checkbox"/> 腎上腺素	<input type="checkbox"/> 抗組織胺劑
肺部: 呼吸急促、反復咳嗽、喘氣	<input type="checkbox"/> 腎上腺素	<input type="checkbox"/> 抗組織胺劑
心臟: 脈搏虛弱、血壓低、暈倒、臉色蒼白	<input type="checkbox"/> 腎上腺素	<input type="checkbox"/> 抗組織胺劑
其他: _____	<input type="checkbox"/> 腎上腺素	<input type="checkbox"/> 抗組織胺劑

### 劑量:

\*腎上腺素肌肉注射(圈選其一):

EpiPen 0.30mg    EpiPen Jr. 0.15mg    Twinject 0.30mg / 0.15mg

\*抗組織胺劑: \_\_\_\_\_(藥物/劑量/療程)

\*其他: \_\_\_\_\_(藥物/劑量/療程)

## 第二步驟: 緊急救援

1. 撥打911。陳述患者已接受了過敏反應治療，並可能需要額外的腎上腺素。

2. 聯絡家長: \_\_\_\_\_ 電話號碼: \_\_\_\_\_

3. 聯絡緊急聯絡人: \_\_\_\_\_ 電話號碼: \_\_\_\_\_

本人授權任何受過訓練或持牌的營會義工、護士或華人浸信會僱員，在必要時給本人之子女服用上述藥物。

家長/監護人簽名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

\*注意: 即使未能聯絡到家長或醫生，也要毫不遲疑地施以藥物治療或撥打911。嚴重的過敏反應可以快速變化，並且上述的任何症狀都可能發展致危及生命的情況。

# 營會用藥授權書

為了讓參加營會者能接受任何藥物，本表格必須由家長/監護人填寫及簽署，藥物必須在貼有正確標籤的原裝藥房容器內，並按照標籤上的指示施藥。

以下部份是由家長/監護人填寫: (請用正楷)

孩子姓名: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_ 性別: \_\_\_\_\_

醫生姓名: \_\_\_\_\_ 電話: \_\_\_\_\_

醫生的診斷結果: \_\_\_\_\_

藥物名稱\*: \_\_\_\_\_ 藥量: \_\_\_\_\_

\*我們不能給孩子服用禁制藥物。

\_\_\_\_\_ 藥片/藥囊 \_\_\_\_\_ 藥水 \_\_\_\_\_ 吸入劑 \_\_\_\_\_ 噴霧劑 \_\_\_\_\_ 其他 \_\_\_\_\_

如果藥物是**每日**服用的，該在什麼時間服用？

如果藥物是**按需要**服用的, 請描述其症狀**以及**服用的頻率:

其他資訊:

本人明白以上藥物是由本人提供，並放在原裝容器內，由藥房或處方醫生列明藥物的名稱、份量、次數、和醫生的姓名。

本人授權任何受過訓練的營會義工、持牌營會義工、護士或華人浸信會僱員，在必要時給本人之子女服用上述藥物。此授權僅在 9/1/2019 至 8/31/2020 為期一年期間有效。(以上中文只供參考，一切內容以英文版本為準)

日期                      家長/監護人簽名                      住家電話                      緊急電話