



**Office of Children
and Family Services**

紐約州
兒童與家庭服務辦公室

給藥訓練 (MAT)

參與人資料

本文件依據下列雙方簽訂之協議，由受託方提供：

紐約州兒童及家庭服務辦公室

管理處

訓練與發展局

與

Albany 大學

洛克菲勒公共事務與政策學院

職業發展計畫

受託方：

紐約州立大學研究基金會

確認事項

本資料由 Albany 大學洛克菲勒公共事務與政策學院 (Rockefeller College of Public Affairs & Policy) 職業發展計畫 (Professional Development Program) 委託紐約州立大學研究基金會 (Research Foundation for The State University of New York)，依據與紐約州兒童及家庭服務辦公室 (New York State Office of Children and Family Services) 簽訂之訓練與管理服務協議所擬定。

免責聲明

相關單位盡力提供準確且完整的資訊，惟若文件內容提供之資訊出現任何錯誤或闕漏之處，兒童及家庭服務辦公室與紐約州概不負責，亦未就文件內容所述資訊適合任何用途提供任何表述或擔保。所有資訊及文件概依「原樣」提供，不具任何形式之擔保。

簽署局的版本 © 2019 紐約州 兒童與家庭服務辦公室。



紐約州
兒童與家庭服務辦公室



Albany 大學
洛克菲勒公共事務與政策學院
職業發展計畫
受託方：
紐約州立大學研究基金會



給藥訓練 (MAT) 參與人資料

目錄

講義 1.1：給藥訓練 (MAT) 資源資料	1
講義 1.2：給藥訓練 (MAT) 概述	3
講義 1.3：詞彙表	5
講義 2.1：五正確標準是指什麼？	11
講義 2.2：五正確核對	13
講義 2.3：OCFS-LDSS-7002：藥物同意書	15
練習 2.1：找出五正確內容	17
解答 2.1：找出五正確內容	25
講義 3.1：藥物作用	33
講義 3.2：給藥途徑	35
講義 3.3：MAT 課程探討的給藥途徑概述	37
講義 3.4：藥物類型	39
練習 3.1：處理藥物反應	41
練習 3.2：辨別藥物類型	43
解答 3.1：處理藥物反應	45
解答 3.2：辨別藥物類型	49
講義 4.1：給藥之前須得到哪些許可和指示？	51
講義 4.2：OCFS-LDSS-7002：藥物同意書	53
講義 4.3：常見醫學名詞縮寫	55
講義 4.4：OCFS-LDSS-7004：藥物施放記錄	57
講義 4.5：正確記錄	59
講義 4.6：OCFS-LDSS-7003：口頭藥物同意書與藥物施放記錄	61
講義 4.7：藥物的保存	63
講義 4.8：接受藥物	67
講義 4.9：給藥工具與藥物標籤規定	69
講義 4.10：藥物標籤與同意書不一致	71



講義 4.11：每日規劃.....	73
練習 4.1：接受藥物.....	75
解答 4.1：接受藥物.....	79
講義 5.1：對兒童給藥.....	83
講義 5.2：特殊情況.....	85
講義 5.3：安全給藥.....	87
講義 6.1：洗手.....	89
講義 6.2：使用手套.....	91
講義 6.3：清潔和消毒.....	93
講義 7.1：外用藥.....	95
講義 7.2：使用藥布.....	97
講義 7.3：餵口服藥.....	99
講義 7.4：測量液體藥物.....	101
講義 7.5：給口吸藥.....	105
講義 7.6：給鼻吸藥.....	107
講義 7.7：給眼藥.....	109
講義 7.8：給耳藥.....	111
技巧練習 7.1：餵口服液.....	113
技巧練習 7.2：口服液同意書.....	115
技巧練習 7.3：技巧練習記錄.....	117
技巧練習 7.4：藥局印刷品：安莫西林.....	119
技巧練習 7.5：技巧示範評估表.....	121
技巧練習 7.6：技巧練習工具：五正確核對.....	125
技巧練習 7.6：技巧練習工具：安全給藥.....	126
技巧練習 7.6：技巧練習工具：測量液體藥物.....	127
講義 8.1：哮喘資訊.....	131
講義 8.2：哮喘治療.....	133
講義 8.3：哮喘兒童照護方案範例.....	135
講義 8.4：紐約州衛生署哮喘行動方案.....	139
講義 9.1：預防意外藥物中毒.....	141
講義 9.2：全身性過敏反應.....	143
講義 9.3：腎上腺素注射筆 (EpiPen® 或 Auvi-Q™) 用法與保存方式.....	145
講義 9.4：孩童會用什麼方式描述反應.....	148
講義 10.1：施藥失誤.....	149
講義 10.2：OCFS-LDSS-7005：施藥失誤回報表.....	151
講義 10.3：獨立給藥.....	153



講義 10.4：有特殊醫療照護需求的兒童.....	155
講義 10.5：OCFS-LDSS-7006： 有特殊醫療保健需求之兒童的獨立健康照護計畫.....	157
講義 10.6：暫離計畫場所時給藥.....	159
講義 10.7：急救箱.....	161
講義 11.1：後續工作.....	163
MAT 反應調查問卷.....	165



本頁特意留白。



給藥訓練 (MAT) 資源資料



給藥訓練 (Medication Administration Training, MAT) 課程經兒童與家庭服務辦公室 (Office of Children and Family Services, OCFS) 核准，其宗旨在於指導您學會良好的給藥技巧，並協助您瞭解 OCFS 的給藥規定。

管理條例

管理條例是兒童日托計畫運作的基礎結構。這些條例確定了各項計畫的品質標準下限。身為兒童日托服務提供者，您有責任瞭解法律及管理條例的相關規定。本課程介紹了 OCFS 關於在計畫中給藥的管理條例。

整個訓練期間，您的 MAT 訓練講師都會提供一份管理條例。您的計畫一定要隨時備妥最新版的 OCFS 管理條例。請定期查閱 OCFS 網站 (www.ocfs.state.ny.us) 中的異動資訊。

講義

MAT 課程的影片和講義中均提供了大量資訊。您不需要背誦訓練中提供的資訊。影片中的資訊在講義中也會提供。這些講義供您保留，可以在整個訓練期間使用或用於您的計畫中。

講義中的資訊偶爾會更新。所有 MAT 講義的最新版本皆公佈於 www.ecetp.pdp.albany.edu。講義最下方印有日期。網站上也會註明講義最近的更新日期。請定期參閱網站內容，瞭解是否有任何更新。

OCFS 表格

您的 MAT 講義內附 OCFS 核准的表格。MAT 課程使用 OCFS 核准的最新版表格。請定期參閱 OCFS 網站 (www.ocfs.ny.gov)，瞭解是否有最新版本，您可以在該網站下載電子版表格。

醫療保健方案

MAT 訓練講師備有 OCFS 核准的所有用藥程序的醫療保健方案範本。您的計畫必須要有一份經 OCFS 核准的醫療保健方案。您應該知道計畫所用醫療保健方案的內容，並要遵守方案所包含的政策與程序。



本頁特意留白。



給藥訓練 (MAT) 概述



托兒計畫給藥

以下護理用品不屬於藥物，經家長書面許可即可使用：

- 防曬乳
- 外用蚊蟲藥
- 外用成藥藥膏 (包括軟膏、乳霜、凝膠和乳液)

不過，若包裝說明標示必須按醫囑使用，則需要先向兒童的醫療提供者索取書面指示，之後才能給兒童使用。

如兒童需要的藥物不屬於以上所列護理用品，則您必須通過核准才能給藥。核准程序的其中一部分就是取得給藥訓練 (MAT) 證書。

關於 MAT 課程

- MAT 課程的宗旨是訓練兒童日托服務提供者對托兒機構中的兒童安全給藥。此課程經紐約州兒童與家庭服務辦公室 (OCFS) 核准。
- 在本課程中，您將學習七種給藥方式：
 - ◆ 皮膚外塗 (局部外用)
 - ◆ 經口 (口服；包括局部塗抹於口中)
 - ◆ 吸入 (兒童透過鼻子或嘴巴吸入藥物)
 - ◆ 使用藥布
 - ◆ 滴入耳內
 - ◆ 滴入眼中
 - ◆ 使用 EpiPen® 之類的注射筆注入腎上腺素
- 課程結束後，您必須通過筆試和技巧示範測驗才能取得 MAT 證書。

要通過本課程，您必須：

- 能看懂藥物資訊所用的語言，並能理解藥物資訊。其中包括藥物標籤、說明書，以及藥局提供的印刷品。
- 能看懂並理解家長及醫療提供者的指示。
- 能看懂並理解家長的許可表。
- 能寫下您給予了哪些藥物。
- 能看懂、理解並完全遵循安全給藥指示。



測驗

測驗內容侷限於 MAT 講義和影片中所提到的資訊。接受測驗時，您可以使用所有的 MAT 講義。

筆試

- 測驗包含 60 道單選題。
- 您必須答對 80% 以上的題目才能通過測驗。
- 若第一次未通過筆試，可以再參加一次，但第二次將使用不同的題目。若第二次筆試仍未通過，就必須重新學習整個 MAT 課程。

技巧示範

您必須向訓練講師證明您能夠：

- 進行安全給藥的**五正確**核對。請參閱講義 2.1 中的**五正確**核對。
- 透過下列任何一種方式安全給藥：
 - ◆ 口服（經口）
 - ◆ 局部外用（塗抹皮膚）
 - ◆ 口/鼻吸入
 - ◆ 滴入眼中
 - ◆ 滴入耳內
 - ◆ 使用藥布

您只需接受一種給藥方式的測驗，但上面所列的任何一種給藥方式都要做好充分的準備，因為要到測驗時您才會知道需要測驗哪一種給藥方式。影片中會提供相關範例，協助您做好準備。

- 運用下列工具正確的測量液體藥物：
 - ◆ 藥杯；
 - ◆ 量匙；或
 - ◆ 口服藥注射器。
- 使用注射筆正確地注射腎上腺素。

屆時會有一位合格的 MAT 訓練講師從旁監督您示範以上每一項技巧。若您第一次示範失敗，可以再試一次。您第二次接受的測驗可能是同一種給藥方式，也可能會是其他給藥方式。

若第二次示範仍然失敗，則您必須重新上課。

不需要參加 MAT 訓練的人員

可以取得紐約州有效醫師、醫師助理、合格護士、執業護士、持照護士或第一線緊急醫療補助員資格的人，無需參加 MAT 訓練即可在日托計畫中給藥。

醫療保健方案必須隨附能夠證明相關人員具有以上資格的證明文件，以及一份證明文件影本。

詞彙表



該詞彙表可協助您瞭解特定字詞在 MAT 課程中的含義。

1990 年美國殘障法案 (Americans with Disabilities Act of 1990, ADA)	一項禁止歧視殘障人士的法案。請參閱 www.ada.gov 。
CPR	這是 Cardio-Pulmonary Resuscitation 的縮寫，中文意思是「心肺復甦術」。
MAT	給藥訓練 (Medication Administration Training) 課程的英文縮寫。
MDI	定量吸入器 (Metered Dose Inhaler) 的英文縮寫。定量吸入器用於讓使用者按精準的劑量將多劑量容器中的藥物吸入肺臟。
NYS	紐約州 (New York State) 的英文縮寫。
OCFS	兒童與家庭服務辦公室 (Office of Children and Family Services) 的英文縮寫。OCFS 是紐約州的公務機關，負責制定紐約州地區的托兒計畫中兒童安全與身心健康的管理條例。
OTC 藥物	成藥 (over-the-counter) 的英文縮寫。
PRN	拉丁文 <i>pro re nata</i> 的縮寫，意思是「需要時使用」。PRN 藥物是指兒童出現特定症狀時給予的藥物。
包裝說明書	藥物包裝或容器中隨附的藥物資訊說明書。說明書中會註明常見的副作用、警語，以及給藥資訊。可能直接印在藥物包裝或容器上。
不良反應	非預期而且可能會造成傷害的一種藥物反應。
成藥	另一個代表非處方藥物的字詞。請參閱本詞彙表中的「非處方藥物」。



處方開立者	請參閱本術語表中的「獲授權的合格處方開立者」。
處方藥	開給特定兒童，用於治療特定症狀的藥物，必須有獲授權的持照處方開立者開立的醫囑 (處方) 才能購買。
癲癇	突然發作的痙攣、抽搐、情緒大變或意識變化，如羊癲瘋或其他失調現象。
獨立給藥	兒童自行攜帶藥物、自行決定需要服藥的時間，並在無人監督的情況下自行服藥。請參閱講義 10.3。
非處方藥	不需要獲授權的合格處方開立者開立的處方即可購買的藥物。也稱為成藥。
非嬰兒	年齡在十八 (18) 個月以上的兒童。
非預期作用	除預期作用以外的所有作用。非預期作用也稱為副作用，包括不良作用和過敏反應。請參閱講義 3.1。
副作用	藥物的不良或非預期的作用。請參閱講義 3.1。
給藥	給予藥物、觀察並回報良好或不良的作用、檢討每一個步驟，從而發揮最大益處並降低風險的一整套流程。
給藥	形容給藥的動作。
藥物施放記錄	OCFS 核准的表格，用於記錄對特定兒童的每次給藥。
給藥員	日托計畫經核准的醫療保健方案中，獲得授權，可在計畫中給藥的人員。此人必須至少年滿 18 歲、持有有效的 CPR 和急救證書 (須涵蓋所要照護兒童的年齡層) 以及有效的 MAT 證書。只有經 OCFS 核准的給藥員才能夠給藥。
過敏反應	異物 (包括藥物) 所引發且可能造成傷害的一種免疫反應。免疫系統對稱為過敏原的物質產生過於激烈的反應時，就會出現過敏反應。兒童第一次接觸到過敏原時並不一定會出現這些反應，但可能會隨著每次接觸而逐漸惡化。



講義 1.3

過期藥物	由於到了失效日期而發生化學分解或污染，因此無法保證安全性及效用的藥物。藥物標籤可能會註有「請在某個具體日期後丟棄」的說明。若藥物包裝上註明的失效日期只有月份和年度，則表示有效期限是當月的最後一天。
豁免申請	日托計畫透過 OCFS 核准的表格提出的書面申請，目的是希望 OCFS 能夠核准以管理條例中未載明的方式履行管理條例的意圖。日托計畫必須等 OCFS 核准豁免申請才能行使豁免權。
活性成分	藥物中能夠發揮預期藥效的主要成分。
獲授權的合格處方開立者	持有執照且目前已登記並取得紐約州教育法 (NYS Education Law) 授權，能夠開立藥物或醫療處方的人員。也稱為處方開立者。請參閱紐約州日托管理條例第 413.2(al) 條。
急症	來得急但持續時間較短的疾病，例如耳部感染或一般感冒。
疾病	生病的狀態。
尖峰流速計	攜帶型的手持裝置，用於測量兒童將空氣推入肺部的強度和速度。尖峰流速計的量測值可以協助兒童的父母和醫師監測兒童的哮喘情形。兒童的醫療提供者在開立哮喘的處方藥時，這些量測值是非常重要的參考依據。
局部	限於特定部位。這個詞在本課程中用於形容出現在兒童身體某個部位的輕微過敏反應 (例如腹部皮膚局部紅疹或頸部局部蕁麻疹)。
口頭指示/許可	家長或監護人和/或獲授權的合格處方開立者口頭告知的給藥指示。只有在特定情況下才能接受口頭許可和指示。請參閱講義 4.1。
慢性病	長期的病症或疾病。慢性病無法根治。哮喘和糖尿病就屬於慢性病。
黏膜	連接人體外部的人體腔道上覆蓋著的一層膜。例如鼻黏膜和口腔黏膜。



講義 1.3

噴霧器	一種壓縮裝置，能夠以細霧方式噴散出液體藥物，讓使用者吸入體內。該裝置經常用於治療罹患哮喘的兒童。請參閱講義 7.5。
品名	醫藥公司生產藥物後為該藥物而定的名稱。品名後會加上®符號，代表該名稱是註冊商標。
棄置	丟棄已經過期、受損或不再需要的藥物。請參閱講義 4.7。
蕁麻疹	一種以發癢和腫脹為特徵的皮膚病症，由於對內服藥或外用藥產生反應、感染或神經病症所致。
曲度	線或面的彎曲度。就本訓練而言，這個詞是指眼睛平視液體藥物查看量測值時，所看到的斜度或弧度。曲度最低點就是醫囑藥物正確劑量的測量點。請參閱講義 7.4。
全身性過敏反應	嚴重且可能致命的突發性過敏反應，其常見特徵包括蕁麻疹、腫脹、呼吸急促，必須立即治療。請參閱講義 9.2。
腎上腺素	用於快速緩解嚴重過敏反應(全身性過敏)的藥物，直到患者能夠接受更進一步的醫療照護。必須以注射方式給藥。請參閱第 9 單元。
示範	親自示範正確步驟，證明您已充分瞭解藥物安全原則。請參閱第 7 單元。
需要時使用的藥物	針對不定時發作的特定症狀給予的治療用藥，通常用於緩解或控制某種已知疾病症狀的復發。請參閱本詞彙表中的「PRN」。
首字母縮略詞	以複合字詞中每一個字的第一個字母組成的字詞(例如，給藥訓練的首字母縮略字 MAT=Medication Administration Training)。
受管制物質	任何美國聯邦政府歸為存在高誤用風險的物質。開立和含此類物質的藥物處方和保存此類物質的相關規定由聯邦政府決定。美國緝毒署(Drug Enforcement Administration)可以提供受管制物質清單。Ritalin®和可待因(codeine)就屬於受管制物質。
受污染	任何接觸到體液、血液或空氣傳染性物質的物質或物料。請參閱講義 6.2。



書面許可/指示	給藥的許可和指示，註明於 OCFS 核准的藥物同意書或由兒童的家長/監護人和/或醫療提供者填寫的具有同等效力的書面文件中。請參閱講義 4.1 和 4.2。
縮寫	以簡寫或符號取代完整字詞。
途徑	給予藥物的方式，也稱為給藥方法。請參閱講義 3.3。
無效	經過充足的時間之後，藥物仍然沒有發揮預期作用。
五正確標準	正確給藥必須滿足的五項標準。 五正確 標準的內容包括：兒童、藥物、給藥途徑、給藥時間和劑量。每次給藥時都進行 五正確 核對有助於預防施藥失誤。請參閱講義 2.1 和 2.2。
吸入器	將藥物吸入鼻內、肺臟或呼吸道其他部位時所用的給藥裝置。
哮喘	一種慢性疾病，特徵是支氣管痙攣引發的嚴重呼吸困難，或是因對刺激物和/或過敏原出現反應而引發的黏膜腫脹。請參閱講義 8.1。
學名	藥物名稱，與藥物的活性成分名稱相同。
血親	親近的親戚或親屬。屬於家長或繼父母三等親內的親戚包括：兒童的(外)祖父母；兒童的(外)曾祖父母；兒童的(外)高祖父母；兒童的阿姨/姑姑/叔叔/伯伯/舅舅(包括他們的配偶)；兒童的姨婆/姑婆/叔公/伯公/舅公(包括他們的配偶)；兒童的兄弟姊妹；以及兒童的堂(表)兄弟姊妹(包括他們的配偶)。
藥局	一個擁有執照的配藥場所，其中的藥劑師依據從業所在州的法律規定取得執照，並按處方配藥。
藥物	任何用於治療疾病或患症或用於預防或治療健康問題的非食物類物質。
藥物包裝	盛裝藥物的容器。有時候容器上可能會註明一些重要資訊，例如副作用、特殊考量以及藥物/食物的相互作用等等。
藥物標籤	藥瓶或裝藥容器上的標籤，內容註明安全給藥的必要資訊。



藥物類別	以藥物用途或一般功效為準劃分的藥物類型或通用分組。
藥物同意書	OCFS 核准的表格，載有醫療提供者和家長提供的向兒童給予每種藥物的指示和許可。在照護期間向兒童給予每種藥物都需要有一份同意書。請參閱講義 4.2。
藥物作用	藥物對兒童造成的影響。包括好的作用和不好的作用。
醫療保健顧問	持紐約州有效執照的醫師、醫師助理、執業護士或合格護士。顧問負責與托兒計畫密切合作，並擬定與執行安全切實的醫療保健方案 (包括在計畫中給藥)。請參閱紐約州日托管理條例第 413.2(ak) 條。
醫療提供者	持紐約州有效執照的醫師、醫師助理或執業護士。請參閱紐約州日托管理條例第 413.2(q) 條。
意外中毒	非刻意或非計畫地攝入任何物質，包括藥物。請參閱講義 9.1。
嬰兒	年齡未滿十八 (18) 個月的兒童。請參閱紐約州日托管理條例第 413.2(s) 條。
施藥失誤	給藥時犯下的錯誤 (例如給錯藥物、給藥時間不對、給錯劑量、給藥方式錯誤、弄錯給藥對象、給了過期的藥物、忘記給藥，或在未發現該名兒童的藥物同意書或藥物已經過期的情況下給藥)。請參閱講義 10.1。
有特殊醫療照護需求的兒童	生理、發育、行為或精神方面患有慢性病症且預期至少會持續 12 個月以上的兒童，此類兒童需要特殊類型的醫療及相關服務，或者需要的藥量超過一般兒童所需的藥量。請參閱講義 10.4 和 NYS 日托管理條例 (NYS Day Care Regulation) 第 413.2(am) 條。
預期療效	藥物預期的有利作用
症狀	可以看見、聽見、測量或聞到，可以讓您察覺到兒童需要協助 (包括給藥) 的身體或行為跡象。
注射筆	利用自動系統進行注射的設備。請參閱本詞彙表中的「腎上腺素」。

五正確 標準是指什麼？



1. 兒童正確

- 確定給藥的兒童正確。若您照護的是兄弟姐妹，或者計畫中有姓名相似的兒童，應特別注意。
- 如給藥對象是您不熟悉的兒童，應請您信任的人告訴您該名兒童的姓名。您也可以請該名兒童報出自己的姓名。但是，切勿單純地以該名兒童所報的姓名為依據。



2. 藥物正確

- 只接受裝在原始容器內並貼有原始標籤的藥物。不可接受某人放入其他容器內的藥物，因為您無從得知藥物是否正確。
- 確認藥物是否正確時，也要確認單位含量。單位含量是指一顆藥丸或一劑藥物含有多少活性成分。例如，Ritalin® 分為 5 毫克藥錠和 10 毫克藥錠。因此，除了核對名稱 (Ritalin®) 以外，請務必確認單位含量 (5 毫克) 是否正確。



3. 劑量正確

- 劑量是指應給予的藥量。例如，劑量可以是一錠、2 茶匙或一滴。
- 如需工具，請使用家長提供的工具 (藥杯、量匙、口服藥注射器) 測量正確的劑量。
- 若是液體藥物，請確認家長提供的工具 (例如量匙、口服藥注射器或藥杯) 使用的測量單位是否與同意書中載明的單位相同 (茶匙、湯匙、cc 等等)。



4. 途徑正確

- 途徑是指藥物進入兒童體內的方式，例如滴入眼中、塗抹於皮膚上或放入口中。
- 若您不瞭解該如何按照同意書上註明的方式給藥，請一定發問。



5. 時間正確

- 可以安排在固定時間給藥，也可以參閱指示，瞭解兒童需要藥物的時間 (「需要時使用」)。
- 兒童抵達後，向家長確認並瞭解來之前是否已使用過任何藥物。
- 實際給藥時間不可超過指定給藥時間之前或之後 30 分鐘。



本頁特意留白。

五正確 核對



給藥是一項非常重要的工作。瞭解**五正確**標準還不夠。給藥時，必須核對寫在藥物標籤或成藥包裝上的藥物名稱、用藥時間、劑量及兒童的姓名與同意書中註明的資訊是否一致，避免發生施藥失誤的情況。這就是**五正確**核對。

進行**五正確**核對時應記住下列事項：

兒童正確

- 核對同意書中註明的兒童姓名以及寫在藥局標籤或包裝上的姓名是否與您的給藥對象相符。

藥物正確

- 確認容器標籤上所列的藥物與藥物同意書中註明的藥物是否一致。請仔細核對，因為藥物名稱的讀音或拼法相似，但卻是兩種完全不同的藥物。
- 有些藥物 (例如吸入劑、EpiPens® 和乳霜) 會裝在盒子裡，盒子上貼有藥局標籤。請務必將藥物容器從貼有標籤的盒子取出，然後核對容器上的藥物名稱與標籤上的藥物名稱是否一致，包括單位含量。



劑量正確

- 核對同意書中註明的劑量以及寫在藥局標籤或包裝上的劑量，確認是否與您準備給予的劑量一致。

途徑正確

- 核對同意書中註明的途徑以及寫在藥局標籤或包裝上的途徑，確認是否與您準備的給藥途徑一致。

時間正確

- 核對藥物同意書中註明的時間以及寫在藥局標籤和包裝上的時間，確認是否與當時的時間一致。請記住，若醫療提供者並未註明給藥的時間 (例如中午 12:00)，請查看同意書背面，瞭解家長寫下的給藥時間。
- 若是按照兒童的需要給藥，而不是在特定時間給藥，請核對同意書中註明的資訊，確認是否與該名兒童的症狀一致。例如，若指示資訊註明兒童發燒高於 101°F 以上時應給予 Tylenol®，那麼當兒童發燒到 102°F 時，就是該給藥的正確時機。



記住五正確標準

記憶術可有助於記憶資訊。以下提供的記憶術可以協助您記住給藥的**五正確**標準：

「Charlie Made Delicious Rich Toffee」 (查理做了美味濃郁的太妃糖)

Charlie (查理)..... Child (代表兒童)
Made (做了)..... Medication (代表藥物)
Delicious (美味)... Dose (代表劑量)
Rich (濃郁的)..... Route (代表途徑)
Toffee (太妃糖) ... Time (代表時間)



OCFS-LDSS-7002：藥物同意書



OCFS-LDSS-7002 (2015年5月) 正面

紐約州 (NEW YORK STATE)

兒童與家庭服務辦公室 (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

藥物同意表 兒童日托計畫

- 此表單係在施放以下藥物時，用於遵守同意要求之用：處方藥物、口服非處方藥、醫療貼片，以及眼部、耳部或鼻部之滴劑與噴劑。
- 僅有具備施放藥物給日托孩童的認證之工作人員得以為之。
- 每次施藥必須完成一份表單。不得在同張表單中列出數種藥物。
- 針對未滿 5 歲之孩童，同意表應至少每隔六個月重新授權一次，而 5 歲以上之孩童則應至少每 12 個月重新授權一次。

由獲授權之合格開立處方者來完成此部分 (#1 - #18) 並在需要時完成 (#33 - 35)。

1. 孩童的姓名： 正確的兒童		2. 出生日期：		3. 孩童的已知過敏情形：	
4. 藥物名稱 (包含強度)： 正確的藥物			5. 施藥數量/劑量： 正確的劑量		6. 施藥方式： 正確的途徑
7A. 施藥頻率： 正確的時間 (見 #19)					
或者					
7B. 指出必須施放藥物之症狀：(必須為可觀察之病徵與症狀，如若可能，最好有可量測之指標)： 正確的時間 (「需要時使用」的藥品)					
8A. 可能產生的副作用： <input type="checkbox"/> 請參閱包裝附件來找出可能副作用之完整列表 (家長必須提供)					
和/或					
8B. 其他副作用： _____					
9. 若發現副作用，托兒服務者應採取什麼舉措： <input type="checkbox"/> 聯絡家長 <input type="checkbox"/> 透過下方所提供的電話號碼聯絡醫療提供者 <input type="checkbox"/> 其他 (請詳述)： _____					
10A. 特殊指示： <input type="checkbox"/> 請參閱包裝附件來找出特殊指示之完整列表 (家長必須提供)					
和/或					
10B. 其他特殊指示：(包含與孩童所接受的其他藥物發生反應相關的任何疑慮，或考量到孩童年齡、過敏情形或任何既有病症，在使用藥物時的疑慮。同時請詳述不該施放藥物之情況。) _____					
11. 用藥之理由 (除非法律規定保密)： _____					
12. 上述孩童是否有生理上、發展上、行為上或情緒上的慢性病情，此類病情預計會持續 12 個月以上，並且需要超出一般孩童所需的特定種類或數量之健康或相關服務？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 若您勾選了是，請完成此表單背面的 (#33 與 #35)。					
13. 此同意書上的指示是否跟前醫囑上所述之施藥劑量、時間或頻率有所出入？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 若您勾選了是，請完成此表單背面的 (#34 與 #35)。					
14. 授權醫療提供者之日期：			15. 停藥日期或給藥的時間範圍：		
16. 獲授權之合格開立處方者姓名 (請以正楷填寫)：				17. 獲授權之合格開立處方者電話號碼：	
18. 獲授權之合格開立處方者簽名： X					

練習：找出五正確內容



個案研究：成藥指引：在下方的藥物包裝中分別圈出五正確的五項內容。在線上寫下每一項。然後在下一頁的藥物同意書中圈出五正確的五項內容，並核對每一項與藥物包裝上的五正確內容是否一致。

1. 正確的兒童： _____



Missy Franklin

Orajel

Instant Relief
for Teething Pain

cherry flavored gel

LONGER LASTING

NET WT 0.42 OZ (11.9g) GEL

ORAL PAIN RELIEVER FOR TEETHING BENZOCAINE 7.5%

Drug Facts	
Active ingredient Benzocaine 7.5%	Purpose Oral pain reliever
Use for the temporary relief of sore gums due to teething in children 2 years of age and older. For use in children under the age of 2, consult a physician or healthcare provider.	
Warnings	
Allergy alert: do not use this product if your child has a history of allergy to local anesthetics such as procaine, butacaine, benzocaine or other "caine" anesthetics	
Do not use ■ more than directed ■ for more than 7 days unless directed by a physician or healthcare provider	
When using this product ■ fever and nasal congestion are not symptoms of teething and may indicate the presence of infection. If these symptoms persist, consult your physician.	
Stop use and ask a physician if ■ sore mouth symptoms do not improve in 7 days ■ irritation, pain or redness does not go away ■ swelling, rash or fever develops	
Keep out of reach of children. In case of overdose or allergic reaction, get medical help or contact a Poison Control Center right away.	
Directions ■ wash hands ■ cut open tip of tube on score mark ■ use your fingertip or cotton applicator to apply a small pea-size amount of Orajel and spread over the gums ■ apply to the affected area up to 4 times daily or as directed by a physician or healthcare provider ■ for children under 2 years of age, consult a physician or healthcare provider	
Other information do not use if tube tip is cut prior to opening	

2. 正確的藥物： _____
3. 正確的劑量： _____
4. 正確的途徑： _____
5. 正確的時間： _____



本頁特意留白。



練習 2.1

OCFS-LDSS-7002 (2015 年 5 月) 正面

紐約州 (NEW YORK STATE)
兒童與家庭服務辦公室 (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

藥物同意表
兒童日托計畫

- 此表單係在施放以下藥物時，用於遵守同意要求之用：處方藥物、口服非處方藥、醫療貼片，以及眼部、耳部或鼻部之滴劑與噴劑。
- 僅有具備施放藥物給日托孩童的認證之工作人員得以為之。
- 每次施藥必須完成一份表單。不得在同張表單中列出數種藥物。
- 針對未滿 5 歲之孩童，同意表應至少每隔六個月重新授權一次，而 5 歲以上之孩童則應至少每 12 個月重新授權一次。

由獲授權之合格開立處方者來完成此部分 (#1 - #18) 並在需要時完成 (#33 - 35)。

1. 孩童的姓名： Missy Franklin		2. 出生日期： 4-3-XX (6 個月大)		3. 孩童的已知過敏情形： 未知	
4. 藥物名稱 (包含強度)： Orajel 7.5%			5. 施藥數量/劑量： 一小顆豌豆的量		6. 施藥方式： 塗在牙齦發紅或腫脹處
7A. 施藥頻率： _____					
或者					
7B. 指出必須施放藥物之症狀：(必須為可觀察之病徵與症狀，如若可能，最好有可量測之指標)： 躁、煩躁等情緒加劇及/或牙齦腫痛，照護期間每天最多塗抹 2 次。					
8A. 可能產生的副作用： <input checked="" type="checkbox"/> 請參閱包裝附件來找出可能副作用之完整列表 (家長必須提供)					
和/或					
8B. 其他副作用： _____					
9. 若發現副作用，托兒服務者應採取什麼舉措： <input checked="" type="checkbox"/> 聯絡家長 <input type="checkbox"/> 透過下方所提供的電話號碼聯絡醫療提供者 <input type="checkbox"/> 其他 (請詳述)： _____					
10A. 特殊指示： <input type="checkbox"/> 請參閱包裝附件來找出特殊指示之完整列表 (家長必須提供)					
和/或					
10B. 其他特殊指示：(包含與孩童所接受的其他藥物發生反應相關的任何疑慮，或考量到孩童年齡、過敏情形或任何既有病症，在使用藥物時的疑慮。同時請詳述不該施放藥物之情況。) _____					
11. 用藥之理由 (除非法律規定保密)：長牙引起的不適					
12. 上述孩童是否有生理上、發展上、行為上或情緒上的慢性病情，此類病情預計會持續 12 個月以上，並且需要超出一般孩童所需的特定種類或數量之健康或相關服務？ <input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 若您勾選了是，請完成此表單背面的 (#33 與 #35)。					
13. 此同意書上的指示是否跟先前醫囑上所述之施藥劑量、時間或頻率有所出入？ <input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 若您勾選了是，請完成此表單背面的 (#34 與 #35)。					
14. 授權醫療提供者之日期： 9/29/XX			15. 停藥日期或給藥的時間範圍： _____		
16. 獲授權之合格開立處方者姓名 (請以正楷填寫)： Margaret Valens, MD			17. 獲授權之合格開立處方者電話號碼： (718) 555-2345		
18. 獲授權之合格開立處方者簽名： X Margaret Valens, MD					



練習 2.1

OCFS-LDSS-7002 (2015 年 5 月) 背面

紐約州 (NEW YORK STATE)
兒童與家庭服務辦公室 (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

藥物同意表
兒童日托計畫

家長須完成以下部分 (#19 - #23)

19. 若已完成 #7A 部分，指示當中是否有指明施放藥物的確切時間？(例如，獲授權之合格開立處方者是否寫下了中午 12 點?) <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 不適用 <input type="checkbox"/> 否 寫下孩童日托計畫要施放藥物的確切時間 (例如：中午 12 點)：_____	
20. 本人，家長，授權日托計畫根據本表單正面所述之條件，施放藥物給 (孩童姓名)： Missy Franklin	
21. 家長姓名 (請以正楷填寫)： Andrea Franklin	22. 授權日期： 9/29/XX
23. 家長簽名： X Andrea Franklin	

兒童日托計畫須完成以下部分 (#24 - #30)

24. 計畫名稱： ABC Child Care	25. 機構識別碼： 01376 DCC	26. 計畫電話號碼： (212) 555-8363
27. 我已確認完成 (#1 - #23)，並在適用情況下完成了 (#33 - #36)。我的簽名代表所有給出此藥物的必需資訊皆已提供給日托計畫。		
28. 工作人員姓名 (請以正楷填寫)： Carla Carson	29. 從家長處接獲之日期： 9/29/20XX	
30. 工作人員簽名： X Carla Carson		

僅在家長要求在 (#15) 所指明的日期前停藥時，才須完成以下部分 (#31 - #32)。

31. 本人，家長，要求此同意表中所指明的藥物在下列日期以後停止施放 _____ (日期) 停止施放藥物后，我了解若我的孩童未來需要此藥物，則必須完成新的書面藥物同意表。
32. 家長簽名： X

若需要，經授權之合格開立處方者須完成以下部分 (#33 - #35)

33. 請詳細描述為照顧此孩童，日托計畫工作人員所需的額外訓練、程序或能力。 _____ _____ _____ _____
34. 因為可能存在藥局在先前處方藥劑完全用盡之前，不會為了劑量、服用時間或頻率方面之變更而為新處方給藥的情形，所以請指出您囑咐要變更處方藥施藥方式的日期。 日期： _____ 完成此部分後，在新處方給藥之前，日托計畫將會遵循此表單上的書面指示而非藥局標籤上的指示。
35. 獲授權之合格開立處方者簽名： X



練習 2.1

個案研究 2：處方藥

指引：在下方的處方標籤中圈出**五正確**的五項內容。在線上寫下每一項。然後在下一頁的藥物同意書中圈出**五正確**的五項內容，並核對每一項與標籤上的**五正確**內容是否一致。

Pharmacy Inc. #0012 電話：914-555-0102

100 Main Street, NYC, NY 10068

Rx#: 8145973-02

Tx: 8063264

Jose Martinez

出生日期：11/30/XX

(914) 554-1984

461 Park Place, Brooklyn, NY 11202

沙丁胺醇 (90mcg/inh)

(Ventolin® 的學名藥)

遵照醫囑，使用口腔吸入器進行 2 次噴吸。可每四小時給藥一次，一天不可超過三劑。

處方開立人員：**Nancy Wallace MD (914) 564-9832**

221 Stream Place, Brooklyn, NY 11202

可續藥次數：0 次

數量：1

R.Ph. Init: RSL

領藥日期：7/15/XX 原始日期：7/15/XX 有效期限：7/15/XX

1. 正確的兒童： _____
2. 正確的藥物： _____
3. 正確的劑量： _____
4. 正確的途徑： _____
5. 正確的時間： _____



本頁特意留白。



練習 2.1

OCFS-LDSS-7002 (2015 年 5 月) 正面

紐約州 (NEW YORK STATE)
兒童與家庭服務辦公室 (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

藥物同意表 兒童日托計畫

- 此表單係在施放以下藥物時，用於遵守同意要求之用：處方藥物、口服非處方藥、醫療貼片，以及眼部、耳部或鼻部之滴劑與噴劑。
- 僅有具備施放藥物給日托孩童的認證之工作人員得以為之。
- 每次施藥必須完成一份表單。不得在同張表單中列出數種藥物。
- 針對未滿 5 歲之孩童，同意表應至少每隔六個月重新授權一次，而 5 歲以上之孩童則應至少每 12 個月重新授權一次。

由獲授權之合格開立處方者來完成此部分 (#1 - #18) 並在需要時完成 (#33 - 35)。

1. 孩童的姓名： José Martinez		2. 出生日期： 11-30-XX (6 歲)		3. 孩童的已知過敏情形： 灰塵、花粉	
4. 藥物名稱 (包含強度)： 沙丁胺醇 90mcg/inh			5. 施藥數量/劑量： 2 次噴吸		6. 施藥方式： 吸入
7A. 施藥頻率： _____					
或者					
7B. 指出必須施放藥物之症狀：(必須為可觀察之病徵與症狀，如若可能，最好有可量測之指標)： 呼吸困難、喘鳴及/或呼吸急促。如果需要，可在四小時後重複給藥。					
8A. 可能產生的副作用： <input checked="" type="checkbox"/> 請參閱包裝附件來找出可能副作用之完整列表 (家長必須提供)					
和/或					
8B. 其他副作用： _____					
9. 若發現副作用，托兒服務者應採取什麼舉措： <input checked="" type="checkbox"/> 聯絡家長 <input type="checkbox"/> 透過下方所提供的電話號碼聯絡醫療提供者 <input type="checkbox"/> 其他 (請詳述)：_____					
10A. 特殊指示： <input checked="" type="checkbox"/> 請參閱包裝附件來找出特殊指示之完整列表 (家長必須提供)					
和/或					
10B. 其他特殊指示：(包含與孩童所接受的其他藥物發生反應相關的任何疑慮，或考量到孩童年齡、過敏情形或任何既有病症，在使用藥物時的疑慮。同時請詳述不該施放藥物之情況。) _____					
11. 用藥之理由 (除非法律規定保密)：哮喘					
12. 上述孩童是否有生理上、發展上、行為上或情緒上的慢性病情，此類病情預計會持續 12 個月以上，並且需要超出一般孩童所需的特定種類或數量之健康或相關服務？ <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/> 是 若您勾選了是，請完成此表單背面的 (#33 與 #35)。					
13. 此同意書上的指示是否跟先前醫囑上所述之施藥劑量、時間或頻率有所出入？ <input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 若您勾選了是，請完成此表單背面的 (#34 與 #35)。					
14. 授權醫療提供者之日期： 7/15/XX			15. 停藥日期或給藥的時間範圍： _____		
16. 獲授權之合格開立處方者姓名 (請以正楷填寫)： Nancy Wallace, MD			17. 獲授權之合格開立處方者電話號碼： (718) 564-9832		
18. 獲授權之合格開立處方者簽名： X Nancy Wallace, MD					



練習 2.1

OCFS-LDSS-7002 (2015 年 5 月) 背面

紐約州 (NEW YORK STATE)
兒童與家庭服務辦公室 (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

藥物同意表
兒童日托計畫

家長須完成以下部分 (#19 - #23)

19. 若已完成 #7A 部分，指示當中是否有指明施放藥物的確切時間？(例如，獲授權之合格開立處方者是否寫下了中午 12 點?) <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 不適用 <input type="checkbox"/> 否 寫下孩童日托計畫要施放藥物的確切時間 (例如：中午 12 點)：_____	
20. 本人，家長，授權日托計畫根據本表單正面所述之條件，施放藥物給 (孩童姓名)： José Martinez	
21. 家長姓名 (請以正楷填寫)： Alicia Martinez	22. 授權日期： 7/15/XX
23. 家長簽名： X Alicia Martinez	

兒童日托計畫須完成以下部分 (#24 - #30)

24. 計畫名稱： ABC Child Care	25. 機構識別碼： 01376 DCC	26. 計畫電話號碼： (212) 555-8363
27. 我已確認完成 (#1 - #23)，並在適用情況下完成了 (#33 - #36)。我的簽名代表所有給出此藥物的必需資訊皆已提供給日托計畫。		
28. 工作人員姓名 (請以正楷填寫)： Carla Carson	29. 從家長處接獲之日期： 7/15/XX	
30. 工作人員簽名： X Carla Carson		

僅在家長要求在 (#15) 所指明的日期前停藥時，才須完成以下部分 (#31 - #32)。

31. 本人，家長，要求此同意表中所指明的藥物在下列日期以後停止施放 _____ (日期) 停止施放藥物后，我了解若我的孩童未來需要此藥物，則必須完成新的書面藥物同意表。
32. 家長簽名： X

若需要，經授權之合格開立處方者須完成以下部分 (#33 - #35)

33. 請詳細描述為照顧此孩童，日托計畫工作人員所需的額外訓練、程序或能力。 請見獨立健康照護計畫
34. 因為可能存在藥局在先前處方藥劑完全用盡之前，不會為了劑量、服用時間或頻率方面之變更而為新處方給藥的情形，所以請指出您囑咐要變更處方藥施藥方式的日期。 日期：_____
完成此部分後，在新處方給藥之前，日托計畫將會遵循此表單上的書面指示而非藥局標籤上的指示。
35. 獲授權之合格開立處方者簽名： X Nancy Wallace, MD

練習：找出五正確內容 解答

MAT

個案研究 1：成藥

藥物 → **Orajel** → **兒童**

劑量 → **Directions** → **時間 / 途徑**

Drug Facts

Active ingredient	Purpose
Benzocaine 7.5%	Oral pain reliever

Use for the temporary relief of sore gums due to teething in children 2 years of age and older. For use in children under the age of 2, consult a physician or healthcare provider.

Warnings
Allergy alert: do not use this product if your child has a history of allergy to local anesthetics such as procaine, butacaine, benzocaine or other "caine" anesthetics.
Do not use ■ more than directed ■ for more than 7 days unless directed by a physician or healthcare provider
When using this product ■ fever and nasal congestion are not symptoms of teething and may indicate the presence of infection. If these symptoms persist, consult your physician.
Stop use and ask a physician if ■ sore mouth symptoms do not improve in 7 days ■ irritation, pain or redness does not go away ■ swelling, rash or fever develops
Keep out of reach of children.
 In case of overdose or allergic reaction, get medical help or contact a Poison Control Center right away.

Directions ■ wash hands ■ cut open tip of tube on score mark ■ use your fingertip or cotton applicator to apply a small pea-size amount of Orajel and spread over the gums ■ apply to the affected area up to 4 times daily or as directed by a physician or healthcare provider ■ for children under 2 years of age, consult a physician or healthcare provider

Other information do not use if tube tip is cut prior to opening

Inactive ingredients cellulose gum, flavor, gelatin, mineral oil, pectin, petrolatum, polyethylene glycol, red 40, sodium saccharin

Questions or comments? call us at 1-800-952-5080 M-F 9am-5pm ET or visit our website at www.oraljel.com

1. 正確的兒童：Missy Franklin
2. 正確的藥物：Orajel 7.5%
3. 正確的劑量：一小顆豌豆的量
4. 正確的途徑：塗在牙齦發紅或腫脹處 (標籤上註明「按照醫囑」，因此核對給藥途徑是否正確時請以醫療提供者的指示為準)。
5. 正確的時間：Missy 出現下列症狀時：因為長牙而變得易怒、煩躁、和/或出現牙齦發紅、腫脹及疼痛的現象 (標籤上註明「按照醫囑」，因此核對給藥時間是否正確時請以醫療提供者的指示為準)。



本頁特意留白。



解答 2.1

OCFS-LDSS-7002 (2015 年 5 月) 正面

紐約州 (NEW YORK STATE)
兒童與家庭服務辦公室 (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

藥物同意表
兒童日托計畫

- 此表單係在施放以下藥物時，用於遵守同意要求之用：處方藥物、口服非處方藥、醫療貼片，以及眼部、耳部或鼻部之滴劑與噴劑。
- 僅有具備施放藥物給日托孩童的認證之工作人員得以為之。
- 每次施藥必須完成一份表單。不得在同張表單中列出數種藥物。
- 針對未滿 5 歲之孩童，同意表應至少每隔六個月重新授權一次，而 5 歲以上之孩童則應至少每 12 個月重新授權一次。

獲授權之合格開立處方者來完成此部分 (#1 - #18) 並在需要時完成 (#3)

1. 孩童的姓名： Missy Franklin		2. 出生日期： 4-3-XX (6 個月大)		3. 過敏情形：	
4. 藥物名稱 (包含強度)： Orajel 7.5%		5. 施藥數量/劑量： 一小顆豌豆的量		6. 施藥方式： 塗在牙齦發紅或腫脹處	
7A. 施藥頻率：					
或者					
7B. 指出必須施放藥物之症狀：(必須為可觀察之病徵與症狀，如若可能，最好有可量測之指標)： 暴躁、煩躁等情緒加劇及/或牙齦腫痛，照護期間每天最多塗抹 2 次。					
8A. 可能產生的副作用： <input checked="" type="checkbox"/> 請參閱包裝附件來找出可能副作用之完整列表 (家長必須提供)					
和/或					
8B. 其他副作用：					
9. 若發現副作用，托兒服務者應採取什麼舉措： <input checked="" type="checkbox"/> 聯絡家長 <input type="checkbox"/> 透過下方所提供的電話號碼聯絡醫療提供者 <input type="checkbox"/> 其他 (請詳述)：					
10A. 特殊指示： <input type="checkbox"/> 請參閱包裝附件來找出特殊指示之完整列表 (家長必須提供)					
和/或					
10B. 其他特殊指示：(包含與孩童所接受的其他藥物發生反應相關的任何疑慮，或考量到孩童年齡、過敏情形或任何既有病症，在使用藥物時的疑慮。同時請詳述不該施放藥物之情況。)					
11. 用藥之理由 (除非法律規定保密)： <u>長牙引起的不適</u>					
12. 上述孩童是否有生理上、發展上、行為上或情緒上的慢性病情，此類病情預計會持續 12 個月以上，並且需要超出一般孩童所需的特定種類或數量之健康或相關服務？ <input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 若您勾選了是，請完成此表單背面的 (#33 與 #35)。					
13. 此同意書上的指示是否跟前醫囑上所述之施藥劑量、時間或頻率有所出入？ <input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 若您勾選了是，請完成此表單背面的 (#34 與 #35)。					
14. 授權醫療提供者之日期： 9/29/XX			15. 停藥日期或給藥的時間範圍：		
16. 獲授權之合格開立處方者姓名 (請以正楷填寫)： Margaret Valens, MD			17. 獲授權之合格開立處方者電話號碼： (718) 555-2345		
18. 獲授權之合格開立處方者簽名： X Margaret Valens, MD					



解答 2.1

OCFS-LDSS-7002 (2015 年 5 月) 背面

紐約州 (NEW YORK STATE)
兒童與家庭服務辦公室 (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

藥物同意表
兒童日托計畫

家長須完成以下部分 (#19 - #23)

19. 若已完成 #7A 部分，指示當中是否有指明施放藥物的確切時間？(例如，獲授權之合格開立處方者是否寫下了中午 12 點?) 是 不適用 否

寫下孩童日托計畫要施放藥物的確切時間 (例如：中午 12 點)：_____

20. 本人，家長，授權日托計畫根據本表單正面所述之條件，施放藥物給 (孩童姓名)：
Missy Franklin

21. 家長姓名 (請以正楷填寫)：
Andrea Franklin

22. 授權日期：
9/29/XX

23. 家長簽名：
X Andrea Franklin

兒童日托計畫須完成以下部分 (#24 - #30)

24. 計畫名稱：
ABC Child Care

25. 機構識別碼：
01376 DCC

26. 計畫電話號碼：
(212) 555-8363

27. 我已確認完成 (#1 - #23)，並在適用情況下完成了 (#33 - #36)。我的簽名代表所有給出此藥物的必需資訊皆已提供給日托計畫。

28. 工作人員姓名 (請以正楷填寫)：
Carla Carson

29. 從家長處接獲之日期：
9/29/20XX

30. 工作人員簽名：
X Carla Carson

僅在家長要求在 (#15) 所指明的日期前停藥時，才須完成以下部分 (#31 - #32)。

31. 本人，家長，要求此同意表中所指明的藥物在下列日期以後停止施放 _____ (日期)

停止施放藥物后，我了解若我的孩童未來需要此藥物，則必須完成新的書面藥物同意表。

32. 家長簽名：
X

若需要，經授權之合格開立處方者須完成以下部分 (#33 - #35)

33. 請詳細描述為照顧此孩童，日托計畫工作人員所需的額外訓練、程序或能力。

34. 因為可能存在藥局在先前處方藥劑完全用盡之前，不會為了劑量、服用時間或頻率方面之變更而為新處方給藥的情形，所以請指出您囑咐要變更處方藥施藥方式的日期。

日期：_____

完成此部分後，在新處方給藥之前，日托計畫將會遵循此表單上的書面指示而非藥局標籤上的指示。

35. 獲授權之合格開立處方者簽名：
X



解答 2.1

個案研究 2：處方藥

Pharmacy Inc. #0012 電話：914-555-0102
100 Main Street, NYC, NY 10068
Rx#: 8145973-02 Tx: 8063264

兒童 → **Jose Martinez** **出生日期：11/30/XX**
(914) 554-1984
461 Park Place, Brooklyn, NY 11202

藥物 → **沙丁胺醇 (90mcg/inh)** **劑量**
(Ventolin® 的學名藥)

時間/途徑 → **醫囑，使用口腔吸入器進行 2 次噴吸。** **可每四小時給藥一次，一天不可超**

處方開立人員：**Nancy Wallace MD (914) 564-9832**
221 Stream Place, Brooklyn, NY 11202
可續藥次數：0 次 數量：1 R.Ph. Init: RSL
領藥日期：7/15/XX 原始日期：7/15/XX 有效期限：7/15/XX

1. 正確的兒童：José Martínez
2. 正確的藥物：沙丁胺醇 90 mcg/inh
3. 正確的劑量：2 次噴吸
4. 正確的途徑：使用口腔吸入器吸入
5. 正確的時間：José 出現下列症狀時：呼吸急促、喘鳴、呼吸困難 (標籤上註明「按照醫囑」，因此核對給藥時間是否正確時請以醫療提供者的指示為準)。



本頁特意留白。



解答 2.1

OCFS-LDSS-7002 (2015 年 5 月) 正面

紐約州 (NEW YORK STATE)
兒童與家庭服務辦公室 (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

藥物同意表
兒童日托計畫

- 此表單係在施放以下藥物時，用於遵守同意要求之用：處方藥物、口服非處方藥、醫療貼片，以及眼部、耳部或鼻部之滴劑與噴劑。
- 僅有具備施放藥物給日托孩童的認證之工作人員得以為之。
- 每次施藥必須完成一份表單。不得在同張表單中列出數種藥物。
- 針對未滿 5 歲之孩童，同意表應至少每隔六個月重新授權一次，而 5 歲以上之孩童則應至少每 12 個月重新授權一次。

獲授權之合格開立處方者來完成此部分 (#1 - #18) 並在需要時完成 (#19 - #20)

1. 孩童的姓名： José Martinez	2. 出生日期： 11-30-XX (6 歲)	3. 過敏情形： 牛奶
4. 藥物名稱 (包含強度)： 沙丁胺醇 90mcg/inh	5. 施藥數量/劑量： 2 次噴吸	6. 施藥方式： 吸入
7A. 施藥頻率： _____		
或者 7B. 指出必須施放藥物之症狀：(必須為可觀察之病徵與症狀，如若可能，最好有可量測之指標)： 呼吸困難、喘鳴及/或呼吸急促。如果需要，可在四小時後重複給藥。		
8A. 可能產生的副作用： <input checked="" type="checkbox"/> 請參閱包裝附件來找出可能副作用之完整列表 (家長必須提供)		
和/或 8B. 其他副作用： _____		
9. 若發現副作用，托兒服務者應採取什麼舉措： <input checked="" type="checkbox"/> 聯絡家長 <input type="checkbox"/> 透過下方所提供的電話號碼聯絡醫療提供者 <input type="checkbox"/> 其他 (請詳述)：_____		
10A. 特殊指示： <input checked="" type="checkbox"/> 請參閱包裝附件來找出特殊指示之完整列表 (家長必須提供)		
和/或 10B. 其他特殊指示：(包含與孩童所接受的其他藥物發生反應相關的任何疑慮，或考量到孩童年齡、過敏情形或任何既有病症，在使用藥物時的疑慮。同時請詳述不該施放藥物之情況。) _____		
11. 用藥之理由 (除非法律規定保密)：哮喘		
12. 上述孩童是否有生理上、發展上、行為上或情緒上的慢性病情，此類病情預計會持續 12 個月以上，並且需要超出一般孩童所需的特定種類或數量之健康或相關服務？ <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/> 是 若您勾選了是，請完成此表單背面的 (#33 與 #35)。		
13. 此同意書上的指示是否跟先前醫囑上所述之施藥劑量、時間或頻率有所出入？ <input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 若您勾選了是，請完成此表單背面的 (#34 與 #35)。		
14. 授權醫療提供者之日期： 7/15/XX	15. 停藥日期或給藥的時間範圍： _____	
16. 獲授權之合格開立處方者姓名 (請以正楷填寫)： Nancy Wallace, MD	17. 獲授權之合格開立處方者電話號碼： (718) 564-9832	
18. 獲授權之合格開立處方者簽名： X Nancy Wallace, MD		

兒童
藥物
時間

劑量

途徑



解答 2.1

OCFS-LDSS-7002 (2015 年 5 月) 背面

紐約州 (NEW YORK STATE)
 兒童與家庭服務辦公室 (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

藥物同意表
兒童日托計畫

家長須完成以下部分 (#19 - #23)

19. 若已完成 #7A 部分，指示當中是否有指明施放藥物的確切時間？(例如，獲授權之合格開立處方者是否寫下了中午 12 點?) 是 不適用 否

寫下孩童日托計畫要施放藥物的確切時間 (例如：中午 12 點)：_____

20. 本人，家長，授權日托計畫根據本表單正面所述之條件，施放藥物給 (孩童姓名)：
José Martinez

21. 家長姓名 (請以正楷填寫)： Alicia Martinez	22. 授權日期： 7/15/XX
--	-----------------------------

23. 家長簽名：
X Alicia Martinez

兒童日托計畫須完成以下部分 (#24 - #30)

24. 計畫名稱： ABC Child Care	25. 機構識別碼： 01376 DCC	26. 計畫電話號碼： (212) 555-8363
------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------

27. 我已確認完成 (#1 - #23)，並在適用情況下完成了 (#33 - #36)。我的簽名代表所有給出此藥物的必需資訊皆已提供給日托計畫。

28. 工作人員姓名 (請以正楷填寫)： Carla Carson	29. 從家長處接獲之日期： 7/15/XX
---	----------------------------------

30. 工作人員簽名：
X Carla Carson

僅在家長要求在 (#15) 所指明的日期前停藥時，才須完成以下部分 (#31 - #32)。

31. 本人，家長，要求此同意表中所指明的藥物在下列日期以後停止施放 _____ (日期)

停止施放藥物后，我了解若我的孩童未來需要此藥物，則必須完成新的書面藥物同意表。

32. 家長簽名：
X

若需要，經授權之合格開立處方者須完成以下部分 (#33 - #35)

33. 請詳細描述為照顧此孩童，日托計畫工作人員所需的額外訓練、程序或能力。
 請見獨立健康照護計畫

34. 因為可能存在藥局在先前處方藥劑完全用盡之前，不會為了劑量、服用時間或頻率方面之變更而為新處方給藥的情形，所以請指出您囑咐要變更處方藥施藥方式的日期。
 日期：_____

完成此部分後，在新處方給藥之前，日托計畫將會遵循此表單上的書面指示而非藥局標籤上的指示。

35. 獲授權之合格開立處方者簽名：
X Nancy Wallace, MD

藥物作用

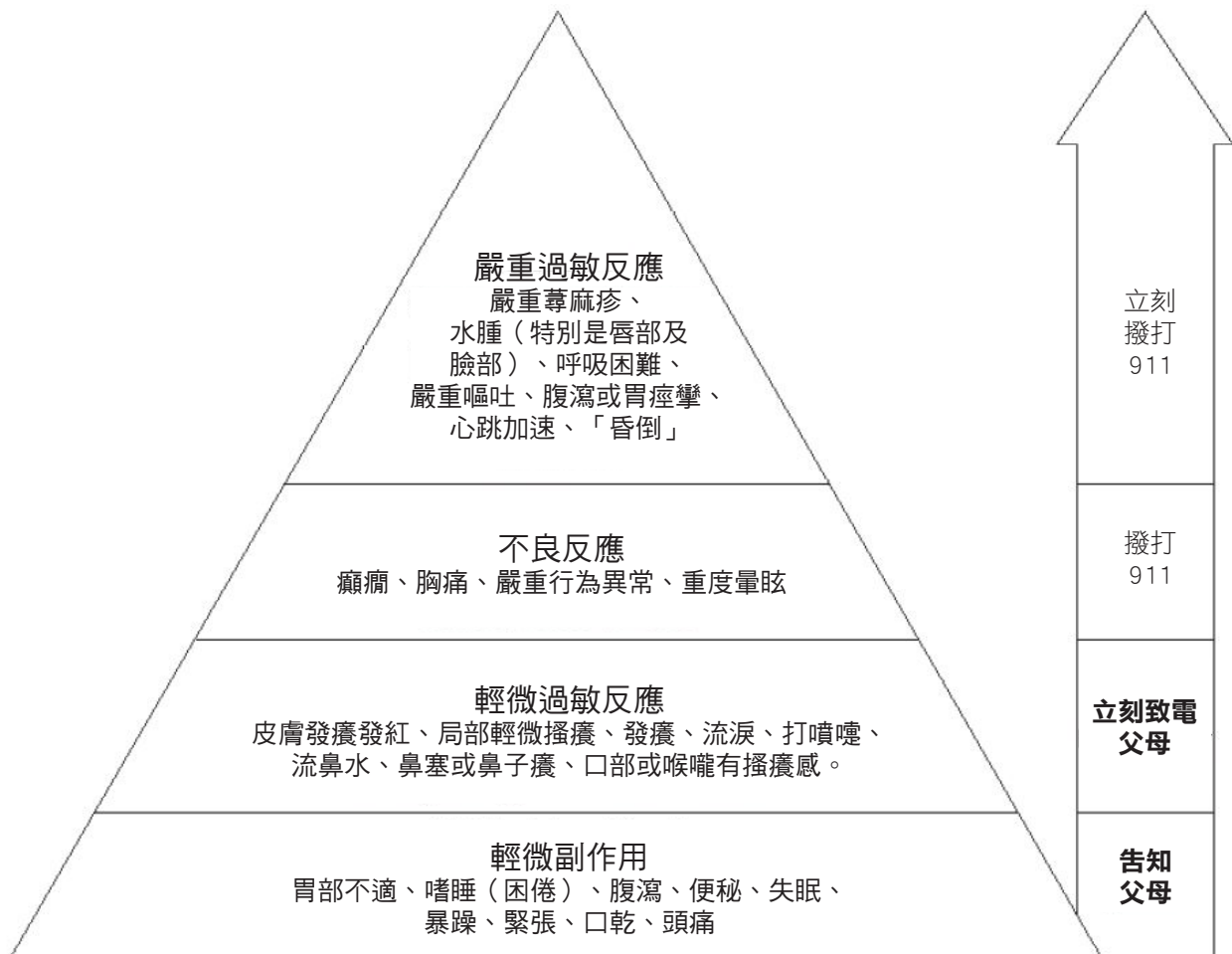


給藥原因有很多。只要能夠有效，就是發揮了「預期作用」。

給藥目的包括：

- **預防疾病** (例如接種小兒麻痺疫苗來預防罹患小兒麻痺)；
- **控制健康問題** (例如每天服藥來預防癲癇)；
- **治療疾病** (例如服用抗生素治療耳朵感染)；或者
- **減輕症狀** (例如服用 Tylenol® 減輕發燒症狀)。

服藥會對兒童的身體產生影響。這些影響可能是好的 (預期作用)、不好的，甚至具有危險性。當您照護的兒童服藥時，應觀察該名兒童的舉止或感覺是否有任何異常之處。若注意到任何變化，請聯絡該兒童的家長。這些變化可能是藥物引發的不良作用。若兒童對藥物出現嚴重反應及副作用，請立即撥打 911，再聯絡兒童家長。





本頁特意留白。

給藥途徑



藥物可透過許多方式進入兒童的體內。其中最常見的是經由胃腸內膜、皮膚或肺臟內膜吸收藥物。讓人體能夠將藥物吸收的用藥方式就稱為給藥**途徑**。

在本課程中，您將學習七種給藥方式 (途徑)：

- 皮膚外塗 (局部外用)
- 經口 (口服；包括局部塗抹於口中)
- 口/鼻吸入
- 使用藥布
- 滴入耳內
- 滴入眼中
- 使用 EpiPen® 或 Auvi-Q™ 之類的注射筆注入腎上腺素，預防全身性過敏。

本課程**未**探討的途徑包括：

- 直腸給藥
- 陰道給藥
- 注射

若您計畫中的兒童需要透過直腸、陰道或注射給藥，您必須接受本課程範圍以外的訓練。如需深入瞭解透過以上未列出的方式給藥之前必須進行哪些步驟，請參閱第 10 單元。



本頁特意留白。

MAT 課程探討的給藥途徑概述



途徑	藥物劑型	藥效發作時間
1. 局部外用 藥物需塗抹於皮膚上。	塗抹於皮膚的藥物包括： <ul style="list-style-type: none"> • 乳霜 • 乳液 • 藥膏 • 凝膠 • 噴劑 	因藥物而異
2. 口服 藥物需經口給藥。	口服藥物分為許多種劑型，包括： <ul style="list-style-type: none"> • 藥錠 • 膠囊 • 藥水 	藥效通常會在 30-60 分鐘內發作。 以下因素可能會影響藥效發作的速度： <ul style="list-style-type: none"> • 胃中食物量 • 活動程度 • 藥物是否包覆膜衣
	<ul style="list-style-type: none"> • 藥粉 (可以灑在食物或舌上的微細顆粒)。藥粉通常採用小包裝或膠囊包裝，打開後即可倒出。 • 薄片/溶解片/口溶錠 (置於舌上或口中慢慢溶解的藥物) • 舌下錠 (置於舌下慢慢溶解的藥物) • 塗抹於牙齦或口內的凝膠 	迅速吸收；藥效通常會在 10 分鐘內發作。

途徑	藥物劑型	藥效發作時間
3. 吸入型 藥物是透過鼻子或嘴巴吸入的藥物。	鼻吸型藥物的給藥方式包括： <ul style="list-style-type: none"> • 噴 • 滴 • 使用噴霧器 	藥效通常會在 10 到 15 分鐘內發作
	口吸型藥物的給藥方式包括： <ul style="list-style-type: none"> • 使用吸入器，例如定量吸入器或乾粉吸入器 • 使用噴霧器，一種能夠將藥水霧化成霧氣，讓患者經鼻或口吸入的裝置 	藥效通常會在 5 到 15 分鐘內發作
4. 藥布 為含有藥物的貼片，可貼於皮膚上一段時間。	藥物劑型為貼片。	少量藥物在一段時間內透過受控的方式慢慢被吸收。
5. 眼藥 需滴於眼中。	眼藥的劑型包括： <ul style="list-style-type: none"> • 滴劑 • 藥膏 	通常立即見效
6. 耳藥 需滴於耳內。	藥物劑型為藥水，需滴入耳內。	因藥物而異
7. 注射筆 用於將腎上腺素注入出現全身性過敏反應的兒童體內。	腎上腺素會隨附注射筆，可搭配使用針頭將定量藥物注入體內。	通常立即見效

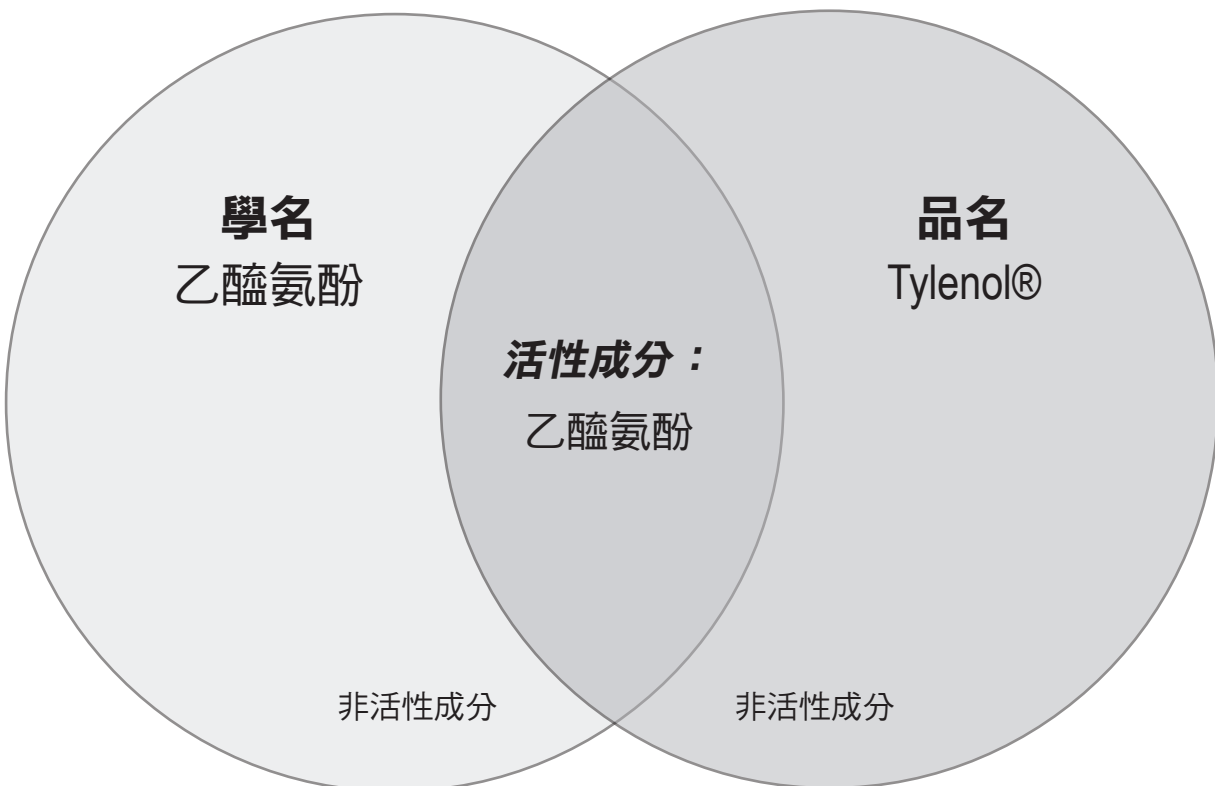
藥物類型



藥物類型	藥物外觀	常見範例
<p>成藥 (非處方藥)： 不需要授權的合格處方開立者開立的醫囑也能買到的藥物。</p>	<p>成藥的外觀不盡相同。標籤上的用藥指示並非僅適用於兒童。</p> <p>(食品/營養品、乳液、護唇膏、含藥繃帶、局部外用藥膏、防曬乳、蚊蟲藥和 Vaseline® 皆不屬於藥物)。</p>	<p>Tylenol®、Dimetapp®、Motrin®、布洛芬、Benadryl®；草藥及維他命等順勢藥物</p>
<p>處方藥： 需要授權的合格處方開立者開立的醫囑才能向藥局購買的藥物。</p>	<p>所有處方藥一律以貼有藥局標籤的容器/藥瓶盛裝。藥局標籤僅適用於特定兒童，並且會註明給藥指示。</p>	<p>安莫西林、沙丁胺醇、EpiPen®、Ritalin®、Cortisporin Otic®、Augmentin®</p>
<p>受管制物質： 歸為存在高誤用風險且由聯邦政府管控的藥物。</p>	<p>受管制物質的藥物容器上會貼上標籤，讓您知道該藥物屬於受管制物質。此類標籤通常是亮橘色或黃色，並且會註明「受管制物質」字樣。</p>	<p>Ritalin® 和 Focalin®</p>
<p>品名： 醫藥公司生產藥物後為該藥物而定的名稱。</p>	<p>標籤上的藥物名稱會加上一個 ® 符號，表示其為註冊商標。</p>	<p>Tylenol®、Motrin®、Cipro®、Benadryl®、Ventolin®</p>
<p>學名： 藥物所含活性成分的名稱。</p>	<p>標籤上的藥物名稱會被列為「活性成分」。</p>	<p>安莫西林、乙醯氨酚、布洛芬、苯海拉明、沙丁胺醇</p>

藥物品名與學名差異的範例

Tylenol® 是專利藥。Tylenol® 所含的活性成分是乙醯氨基酚。若在店內購買了名為「乙醯氨基酚」的藥物，則您購買的藥物即學名藥。學名藥和專利藥的活性成分相同 (乙醯氨基酚)，但非活性成分可能會有些微差異。**請見圖表。**





練習：處理藥物反應



個案研究 1： Carmen 是您計畫中的一名三歲兒童。她目前正在接受耳部感染治療。她的醫生開了一張處方，要她服用十天一種名為安莫西林的液體抗生素。Carmen 每天需服藥三次，因此您每天下午 2 點給藥一次。

Carmen 的藥物同意書中註明的指示要求您參閱包裝內附說明書，瞭解可能出現的副作用。Carmen 的母親給了您一份藥局提供給她的藥物資訊單：

藥物資訊單

藥物名稱：AMOXICILLIN SUS 250/5ML

學名：AMOXICILLIN (阿莫西林)

用藥方式：遵照醫師提供的用藥說明。本藥可在飯前或飯後服用。為徹底根治感染症狀，即使您在服藥數日後即感覺症狀好轉，仍請繼續服用本藥，直到完整療程結束。不可漏服任何一劑。若漏服本藥，請盡快服用。

小心：若盤尼西林類抗生素或頭芽胞菌素抗生素會令您出現嚴重過敏反應，請勿服用本藥。若您感覺呼吸困難或胸悶；眼皮、臉部或唇部腫脹；或者蕁麻疹發作，請立即告知醫師。除非醫師要您繼續服用本藥，否則請勿繼續服藥。

可能的副作用：以下副作用可能會在治療期間消失：噁心、嘔吐、輕微腹瀉或口腔/喉嚨有刺激感。若症狀持續或令您感到困擾，請向醫師洽詢。本藥極少出現過敏反應，但若出現過敏反應，請立即就醫。過敏反應的症狀包括起疹子、發癢、腫脹、頭昏眼花或呼吸困難。若您還注意到其他未列於上方的作用，請與醫師、護士或藥劑師聯絡。

請參考講義 3.1 和以上的藥物資訊單，回答下列題目：

1. 在藥物資訊單上圈出 Carmen 服用安莫西林後可能會出現的副作用。
2. 您讓 Carmen 服用安莫西林大約一個小時後，Carmen 說她覺得不舒服，而且肚子痛。您該怎麼辦？

個案研究 2 : Kristopher 是您計畫中的一名四歲兒童。他對花粉、草和樹木過敏。Kristopher 的家長給了您醫師的指示，其中要求使用 Diphedryl® (苯海拉明) 治療他眼睛發癢和流鼻水的症狀。

Kristopher 的藥物同意書中註明的指示要求您參閱包裝內附說明書，瞭解可能出現的副作用。Kristopher 的母親給您的藥物包裝如下：

FOR YOUR PROTECTION.

Drug Facts

Active ingredient	Purpose
(in each 5 mL teaspoonful)	
Diphenhydramine HCl 12.5 mg Antihistamine	

Uses

- temporarily relieves these symptoms due to hay fever or other upper respiratory allergies:
 - sneezing ■ itching of the nose or throat
 - runny nose ■ itchy, watery eyes
- temporarily relieves these symptoms due to the common cold:
 - sneezing ■ runny nose

Warnings

Do not use with any other product containing diphenhydramine, even one used on skin

Ask a doctor before use if you have

- a breathing problem such as emphysema or chronic bronchitis ■ glaucoma
- trouble urinating due to an enlarged prostate gland
- a sodium-restricted diet

Ask a doctor or pharmacist before use if you are taking sedatives or tranquilizers

When using this product

- avoid alcoholic drinks
- marked drowsiness may occur
- excitability may occur, especially in children
- alcohol, sedatives and tranquilizers may increase drowsiness
- be careful when driving a motor vehicle or operating machinery

If pregnant or breast-feeding, ask a health professional before use.

Keep out of reach of children. In case of overdose, get medical help or contact a Poison Control Center right away.

Directions

- if needed, take every 4-6 hours
- do not take more than 6 doses in 24 hours

children under 6 years of age	ask a doctor
children 6 to under 12 years of age	1 to 2 teaspoonfuls (12.5 mg to 25 mg)
adults and children 12 years of age and over	2 to 4 teaspoonfuls (25 mg to 50 mg)

Drug Facts (continued)

Other information

- each teaspoonful contains: sodium 15 mg
- store at 20°-25°C (68°-77°F)

Inactive ingredients citric acid, D&C red no. 33, FD&C red no. 40, flavor, glycerin, high fructose corn syrup, poloxamer 407, purified water, sodium benzoate, sodium chloride, sodium citrate, sorbitol



請參考講義 3.1 和以上的藥物包裝，回答下列題目：

1. 在藥物包裝上圈出 Kristopher 使用 Diphedryl® 後可能會出現的不良作用。
2. Kristopher 用藥後大約 30 分鐘，他情緒亢奮、到處亂跑，無法冷靜下來。您認為這是怎麼回事？

您該怎麼辦？ _____

練習：辨別藥物類型



指引：參考包裝或藥物標籤回答題目。

範例 1

Infants' TYLENOL®
Acetaminophen Pain Reliever-Fever Reducer
NEW! SimpleMeasure™

See New Dosage & Directions
NDC 50980-191-01

Infants' TYLENOL®
For Children
Acetaminophen Oral Suspension
Pain Reliever-Fever Reducer

INFANTS

NEW! Dosage & Directions

lbuprofen Free
Alcohol Free
Aspirin Free

Use Only Enclosed Syringe

Grape FLAVOR
1 fl oz (30 mL)
160 mg per 5 mL

SimpleMeasure™
See side panel for more information

Drug Facts (continued)

- replace cap lightly to maintain child resistance

Dosing Chart		
Weight (lb)	Age (yr)	Dose (mL)*
under 24	under 2 years	ask a doctor
24-35	2-3 years	5 mL

* or as directed by a doctor
Attention: use only enclosed syringe specifically designed for use with this product. Do not use any other dosing device.

Other information

- store between 20-25°C (68-77°F)
- do not use if carbon tape imprinted "SAFETY SEAL®" or bottle wrap imprints "SAFETY SEAL®" and "USE WITH ENCLOSED DOSING DEVICE ONLY" is broken or missing
- see bottom panel for lot number and expiration date

Inactive ingredients anhydrous citric acid, butylparaben, D&C red #33, FD&C blue #1, flavors, glycerin, high fructose corn syrup, microcrystalline cellulose and carboxymethylcellulose sodium, propylene glycol, purified water, sodium benzoate, sorbitol solution, sucrose, xanthan gum

Questions or comments?
call 1-877-895-3665

3 0445-0122-30 8

Drug Facts

Active ingredient (in each 5 mL)	Purpose
Acetaminophen 160 mg	Pain reliever/fever reducer

Uses temporarily: ■ reduces fever
■ relieves minor aches and pains due to:
■ the common cold ■ flu ■ headache ■ sore throat ■ toothache

Warnings
Liver warning: This product contains acetaminophen. Severe liver damage may occur if your child takes ■ more than 5 doses in 24 hours, which is the maximum daily amount
■ with other drugs containing acetaminophen
Sore throat warning: If sore throat is severe, persists for more than 2 days, is accompanied or followed by fever, headache, rash, nausea, or vomiting, consult a doctor promptly.

Do not use
■ with any other drug containing acetaminophen (prescription or nonprescription). If you are not sure whether a drug contains acetaminophen, ask a doctor or pharmacist.
■ if your child is allergic to acetaminophen or any of the inactive ingredients in this product

Ask a doctor before use if your child has liver disease
Ask a doctor or pharmacist before use if your child is taking the blood thinning drug warfarin

When using this product do not exceed recommended dose (see overdose warning)

Stop use and ask a doctor if ■ pain gets worse or lasts more than 5 days
■ fever gets worse or lasts more than 3 days
■ new symptoms occur ■ redness or swelling is present
These could be signs of a serious condition.

Keep out of reach of children. Overdose warning: Taking more than the recommended dose (overdose) may cause liver damage. In case of overdose, get medical help or contact a Poison Control Center right away. (1-800-222-1222) Quick medical attention is critical for adults as well as for children even if you do not notice any signs or symptoms.

Directions
■ this product does not contain directions or complete warnings for adult use.
■ do not give more than directed (see overdose warning)
■ shake well before using
■ mL = milliliter
■ find right dose on chart. If possible, use weight to dose; otherwise, use age.
■ push air out of syringe. Firmly push syringe into bottle opening
■ turn bottle upside down and pull syringe to the correct dose
■ dispense liquid slowly into child's mouth, toward inner cheek
■ repeat dose every 4 hours while symptoms last
■ do not give more than 5 times in 24 hours

NEW! SimpleMeasure™

STEP 1. See *Directions* for the correct dose for your child.

STEP 2. Shake well before using.

STEP 3. Push air out of syringe. Firmly push syringe into bottle opening.

STEP 4. Turn the bottle upside down and pull syringe to the correct dose.

STEP 5. Dispense liquid slowly into child's mouth.

IMPORTANT:
New Dosage and Directions. Please see dosing chart or ask a doctor for your child's correct dose.

LOT: ABC987
EXP: 09/XX

1. 該藥物是成藥還是處方藥？您如何辨別？
2. 該藥物是專利藥還是學名藥？您如何辨別？
3. 活性成分是什麼？



練習 3.2

範例 2

Pharmacy Inc. #0012 **電話：212-555-0102**
100 Main Street, New York, NY 10068
Rx#: 8145973-02 Tx: 8063264

Michael Brown **出生日期：06/04/XX**
(718) 554-1984
461 Park Place, Brooklyn, NY 11202

EpiPen® Jr. (0.15 mg)
出現全身性過敏症狀時，視需要用注射筆注射一劑 (0.15 mg)；全身性過敏症狀包括：呼吸困難、吞嚥困難、蕁麻疹、失去意識、嚴重嘔吐、腹瀉或腹絞痛。

處方開立人員：**Nancy Wallace MD** (718) 564-9832
221 Stream Place, Brooklyn, NY 11202
可續藥次數：0 次 數量：1 支注射筆 R.Ph. Init: RSL
領藥日期：7/15/XX 原始日期：7/15/XX 有效期限：7/15/XX

1. 該藥物是成藥還是處方藥？您如何辨別？

2. 該藥物是專利藥還是學名藥？您如何辨別？



練習：處理藥物反應 解答



個案研究 1：Carmen 是您計畫中的一名三歲兒童。她目前正在接受耳部感染治療。她的醫生開了一張處方，要她服用十天一種名為安莫西林的液體抗生素。Carmen 每天需服藥三次，因此您每天下午 2 點給藥一次。

Carmen 的藥物同意書中註明的指示要求您參閱包裝內附說明書，瞭解可能出現的副作用。Carmen 的母親給了您一份藥局提供給她的藥物資訊單：

藥物資訊單

藥物名稱：AMOXICILLIN SUS 250/5ML

學名：AMOXICILLIN (阿莫西林)

用藥方式：遵照醫師提供的用藥說明。本藥可在飯前或飯後服用。為徹底根治感染症狀，即使您在服藥數日後即感覺症狀好轉，仍請繼續服用本藥，直到完整療程結束。不可漏服任何一劑。若漏服本藥，請盡快服用。

小心：若盤尼西林類抗生素或頭芽孢菌素抗生素會令您出現嚴重過敏反應，請勿服用本藥。若您感覺呼吸困難或胸悶；眼皮、臉部或唇部腫脹；或者蕁麻疹發作，請立即告知醫師。除非醫師要您繼續服用本藥，否則請勿繼續服藥。

可能的副作用：以下副作用可能會在治療期間消失：噁心、嘔吐、輕微腹瀉或口腔/喉嚨有刺激感。若症狀持續或令您感到困擾，請向醫師洽詢。本藥極少出現過敏反應，但若出現過敏反應，請立即就醫。過敏反應的症狀包括起疹子、發癢、腫脹、頭昏眼花或呼吸困難。若您還注意到其他未列於上方的作用，請與醫師、護士或藥劑師聯絡。

請參考講義 3.1 和以上的藥物資訊單，回答下列題目：

1. 在藥物資訊單上圈出 Carmen 服用安莫西林後可能會出現的副作用。



解答 3.1

2. 您讓 Carmen 服用安莫西林大約一個小時後，Carmen 說她覺得不舒服，而且肚子痛。您該怎麼辦？

查閱 Carmen 的藥物同意書中醫療提供者註明的指示 (表中第 9 項)。另外聯絡 Carmen 的家長，並在她的藥物施放記錄 (「副作用」欄) 中寫下 Carmen 出現了胃部不適的症狀。

個案研究 2 : Kristopher 是您計畫中的一名四歲兒童。他對花粉、草和樹木過敏。Kristopher 的家長給了您醫師的指示，其中要求使用 Diphedryl® (苯海拉明) 治療他眼睛發癢和流鼻水的症狀。

Kristopher 的藥物同意書中註明的指示要求您參閱包裝內附說明書，瞭解可能出現的副作用。Kristopher 的母親給您的藥物包裝如下：

FOR YOUR PROTECTION.

Drug Facts

Active ingredient (in each 5 mL teaspoonful)	Purpose
Diphenhydramine HCl 12.5 mg	Antihistamine

Uses

- temporarily relieves these symptoms due to hay fever or other upper respiratory allergies:
 - sneezing ■ itching of the nose or throat
 - runny nose ■ itchy, watery eyes
- temporarily relieves these symptoms due to the common cold:
 - sneezing ■ runny nose

Warnings

Do not use with any other product containing diphenhydramine, even one used on skin

Ask a doctor before use if you have

- a breathing problem such as emphysema or chronic bronchitis ■ glaucoma
- trouble urinating due to an enlarged prostate gland
- a sodium-restricted diet

Ask a doctor or pharmacist before use if you are taking sedatives or tranquilizers

When using this product

- avoid alcoholic drinks
- marked drowsiness may occur
- excitability may occur, especially in children
- alcohol, sedatives and tranquilizers may increase drowsiness
- be careful when driving a motor vehicle or operating machinery

If pregnant or breast-feeding, ask a health professional before use.

Keep out of reach of children. In case of overdose, get medical help or contact a Poison Control Center right away.

Directions

- if needed, take every 4-6 hours
- do not take more than 6 doses in 24 hours

children under 6 years of age	ask a doctor
children 6 to under 12 years of age	1 to 2 teaspoonfuls (12.5 mg to 25 mg)
adults and children 12 years of age and over	2 to 4 teaspoonfuls (25 mg to 50 mg) ▶

Drug Facts (continued)

Other information

- each teaspoonful contains: sodium 15 mg
- store at 20°-25°C (68°-77°F)

Inactive ingredients citric acid, D&C red no. 33, FD&C red no. 40, flavor, glycerin, high fructose corn syrup, poloxamer 407, purified water, sodium benzoate, sodium chloride, sodium citrate, sorbitol

請參考講義 3.1 和以上的藥物包裝，回答下列題目：

1. 在藥物包裝上圈出 Kristopher 使用 Diphedryl® 後可能會出現的不良作用。



解答 3.1

2. Kristopher 用藥後大約 30 分鐘，他情緒亢奮、到處亂跑，無法冷靜下來。您認為這是怎麼回事？

他可能是出現了藥物副作用。

您該怎麼辦？查閱 Kristopher 的藥物同意書中醫療提供者註明的指示 (表中第 9 項)。聯絡他的家長，並建議家長與醫師聯絡。您還需要在他的給藥記錄 (「副作用」欄) 中寫下您觀察到的副作用，並註明您已經與家長聯絡。

練習：辨別藥物類型 解答



指引：參考包裝或藥物標籤回答題目。

範例 1

Infants' TYLENOL®
Acetaminophen Pain Reliever-Fever Reducer
NEW! SimpleMeasure™

See New Dosage & Directions
NDC 50980-191-01

Infants' TYLENOL®
For Children
Acetaminophen Oral Suspension
Pain Reliever-Fever Reducer

INFANTS

NEW! Dosage & Directions

Ibuprofen Free
Alcohol Free
Aspirin Free

Use Only Enclosed Syringe

Grape FLAVOR

1 fl oz (30 mL)
160 mg per 5 mL

SimpleMeasure™
See side panel for more information

LOT: ABC987
EXP: 09/XX

Drug Facts (continued)

replace cap tightly to maintain child resistance

Dosing Chart		
Weight (lb)	Age (yr)	Dose (mL)*
under 24	under 2 years	ask a doctor
24-35	2-3 years	5 mL

* or as directed by a doctor

Attention: use only enclosed syringe specifically designed for use with this product. Do not use any other dosing device.

Other information

- store between 20-25°C (68-77°F)
- do not use if carbon tape imprinted "SAFETY SEAL" or bottle wrap imprints "SAFETY SEAL" and "USE WITH ENCLOSED DOSING DEVICE ONLY" is broken or missing
- see bottom panel for lot number and expiration date

Inactive ingredients anhydrous citric acid, butylparaben, D&C red #33, FD&C blue #1, flavors, glycerin, high fructose corn syrup, microcrystalline cellulose and carboxymethylcellulose sodium, propylene glycol, purified water, sodium benzoate, sorbitol solution, sucralose, xanthan gum

Questions or comments?
call 1-877-895-3665

Drug Facts

Active ingredient (in each 5 mL)	Purpose
Acetaminophen 160 mg	Pain reliever/fever reducer

Uses temporarily; reduces fever
relieves minor aches and pains due to:
the common cold, flu, headache, sore throat, toothache

Warnings
Liver warning: This product contains acetaminophen. Severe liver damage may occur if your child takes more than 5 doses in 24 hours, which is the maximum daily amount.
with other drugs containing acetaminophen
Sore throat warning: If sore throat is severe, persists for more than 2 days, is accompanied or followed by fever, headache, rash, nausea, or vomiting, consult a doctor promptly.

Do not use
with any other drug containing acetaminophen (prescription or nonprescription). If you are not sure whether a drug contains acetaminophen, ask a doctor or pharmacist.
if your child is allergic to acetaminophen or any of the inactive ingredients in this product.
Ask a doctor before use if your child has liver disease.

Ask a doctor or pharmacist before use if your child is taking the blood thinning drug warfarin.

When using this product do not exceed recommended dose (see overdose warning).

Stop use and ask a doctor if:
pain gets worse or lasts more than 5 days
fever gets worse or lasts more than 3 days
new symptoms occur
redness or swelling is present
These could be signs of a serious condition.

Keep out of reach of children. Overdose warning: Taking more than the recommended dose (overdose) may cause liver damage. In case of overdose, get medical help or contact a Poison Control Center right away. (1-800-222-1222). Quick medical attention is critical for adults as well as for children even if you do not notice any signs or symptoms.

Directions
this product does not contain directions or complete warnings for adult use.
do not give more than directed (see overdose warning)
shake well before using
mL = milliliter
find right dose on chart. If possible, use weight to dose; otherwise, use age.
push air out of syringe. Firmly push syringe into bottle opening
turn bottle upside down and pull syringe to the correct dose
dispense liquid slowly into child's mouth, toward inner cheek
repeat dose every 4 hours while symptoms last
do not give more than 5 times in 24 hours

NEW! SimpleMeasure™

STEP 1. See Directions for the correct dose for your child.

STEP 2. Shake well before using.

STEP 3. Push air out of syringe. Firmly push syringe into bottle opening.

STEP 4. Turn the bottle upside down and pull syringe to the correct dose.

STEP 5. Dispense liquid slowly into child's mouth.

IMPORTANT:
New Dosage and Directions. Please see dosing chart or ask a doctor for your child's correct dose.

- 該藥物是成藥還是處方藥？您如何辨別？
成藥，沒有藥局標籤。用藥指示非病童專用。不需要獲授權的合格處方開立者開立的醫囑也能買到該藥物。
- 該藥物是專利藥還是學名藥？您如何辨別？
專利藥，包裝上寫的是 Tylenol，而且加上了®符號。
- 活性成分是什麼？
乙醯氨基酚



範例 2

Pharmacy Inc. #0012 **電話：212-555-0102**
100 Main Street, New York, NY 10068
Rx#: 8145973-02 Tx: 8063264

Michael Brown **出生日期：06/04/XX**
(718) 554-1984
461 Park Place, Brooklyn, NY 11202

EpiPen® Jr. (0.15 mg)
出現全身性過敏症狀時，視需要用注射筆注射一劑 (0.15 mg)；全身性過敏症狀包括：呼吸困難、吞嚥困難、蕁麻疹、失去意識、嚴重嘔吐、腹瀉或腹絞痛。

處方開立人員：**Nancy Wallace MD** (718) 564-9832
221 Stream Place, Brooklyn, NY 11202
可續藥次數：0 次 數量：1 支注射筆 R.Ph. Init: RSL
領藥日期：7/15/XX 原始日期：7/15/XX 有效期限：7/15/XX

1. 該藥物是成藥還是處方藥？您如何辨別？

處方藥，藥物包裝上有 *Michael Brown* 這名兒童專用的藥局標籤。

2. 該藥物是專利藥還是學名藥？您如何辨別？

專利藥，藥物名稱 *EpiPen®* 的後面加上了符號。

給藥之前須得到哪些許可和指示？



所有托兒服務者給予下列用品時不需獲得家長的書面許可：

- 防曬乳
- 外用蚊蟲藥
- 外用成藥藥膏 (包括軟膏、乳霜、凝膠和乳液)

OCFS 6010 表格：非藥物同意表，僅限此目的使用。您可在 OCFS 網站取得此表格，網址為 www.ocfs.ny.gov。若包裝說明中註明須向醫師洽詢，或家長提供的指示與標籤指示不一致，您必須先請該名兒童的醫療提供者提供書面指示，之後才能給兒童使用。

您必須取得家長的**書面**許可以及兒童的醫療提供者提供的**書面**指示后才能給藥。

- 許可和指示皆須以您能夠讀寫的語言書寫。
- 若兒童未滿五 (5) 歲，家長和醫療提供者至少必須每六個月提供一份新的書面許可和指示，若兒童已年滿五 (5) 歲，則須每年提供一次。
- 您可以接受傳真的書面許可和指示同意書。
- 所有書面許可和指示皆需使用 OCFS 藥物同意書或具同等效力的合格書面文件提供。

您計畫的「醫療保健方案」要列出您給藥時必須遵守的政策和程序。請檢查您計畫的醫療保健方案，確認：

- 您的計畫是否有專用的許可和指示表格。
- 您能否接受不是使用與 OCFS 藥物同意書等效的合格書面文件提供的書面許可和指示。書面資訊需包括：
 - ◆ 兒童的姓名
 - ◆ 出生日期
 - ◆ 已知過敏反應 (KA)
 - ◆ 藥物名稱 (包括單位含量)
 - ◆ 藥物劑量
 - ◆ 給藥途徑

下一頁續▶



- ◆ 給藥頻率，或者兒童出現哪些症狀時必須給藥

- ◆ 可能的副作用和/或其他副作用
- ◆ 出現副作用時的因應措施
- ◆ 包裝內附說明書中的特殊指示和/或其他特殊指示
- ◆ 兒童用藥的原因 (法律規定必須保密者除外)
- ◆ 依據 OCFS 的界定，該兒童是否具有特殊的醫療保健需求？
- ◆ 此醫囑是否與上一次的醫囑不同？
- ◆ 處方開立者獲得授權的日期
- ◆ 中止日期
- ◆ 處方開立者的姓名、電話號碼和簽名

許可與指示的例外情形

若您的醫療保健方案允許，在下列情況下您可以接受口頭許可：

1. 對於年齡未滿十八 (18) 個月的兒童，若有家長的口頭許可和醫療提供者或獲授權的合格處方開立者直接提供的口頭指示，則照護人員可在一天內向兒童給予處方藥，口服成藥，藥布以及眼用、耳用或鼻用滴劑或噴劑。若需連續數日或長期給予處方藥、口服成藥、藥布以及眼用、耳用或鼻用滴劑或噴劑，則照護人員必須在給藥前取得家長的書面許可以及醫療提供者的書面指示。
2. 對於年滿十八 (18) 個月的兒童，若取得家長的口頭許可，則照護人員可在一天內向兒童給予處方藥、口服成藥、藥布以及眼用、耳用或鼻用滴劑或噴劑。

若家長的指示與藥物包裝上的指示不一致，則在托兒服務者得到醫療提供者或獲授權的合格處方開立者提供的給藥許可之前，照護人員不可對任何兒童給藥。

- 若照護人員因為給藥指示不一致而無法給藥，必須立即通知家長。

接受口頭指示：

查看計畫的醫療保健方案，確認您是否能夠接受口頭許可和指示。若您接受口頭許可和指示，請使用 OCFS 的藥物口頭同意書和藥物施放記錄寫下您在當天給予該名兒童的所有劑量。

您只可接受醫師、醫師助理、執業護士或是醫師、醫師助理或執業護士的合格代理護士提供的口頭指示。請參閱講義 4.6。



講義 4.2

OCFS-LDSS-7002 (2015 年 5 月) 正面

紐約州 (NEW YORK STATE)
兒童與家庭服務辦公室 (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

藥物同意表
兒童日托計畫

- 此表單係在施放以下藥物時，用於遵守同意要求之用：處方藥物、口服非處方藥、醫療貼片，以及眼部、耳部或鼻部之滴劑與噴劑。
- 僅有具備施放藥物給日托孩童的認證之工作人員得以為之。
- 每次施藥必須完成一份表單。不得在同張表單中列出數種藥物。
- 針對未滿 5 歲之孩童，同意表應至少每隔六個月重新授權一次，而 5 歲以上之孩童則應至少每 12 個月重新授權一次。

由獲授權之合格開立處方者來完成此部分 (#1 - #18) 並在需要時完成 (#33 - 35)。

1. 孩童的姓名：		2. 出生日期：		3. 孩童的已知過敏情形：	
4. 藥物名稱 (包含強度)：			5. 施藥數量/劑量：		6. 施藥方式：
7A. 施藥頻率： _____					
或者					
7B. 指出必須施放藥物之症狀：(必須為可觀察之病徵與症狀，如若可能，最好有可量測之指標)： _____					
8A. 可能產生的副作用： <input type="checkbox"/> 請參閱包裝附件來找出可能副作用之完整列表 (家長必須提供)					
和/或					
8B. 其他副作用： _____					
9. 若發現副作用，托兒服務者應採取什麼舉措： <input type="checkbox"/> 聯絡家長 <input type="checkbox"/> 透過下方所提供的電話號碼聯絡醫療提供者 <input type="checkbox"/> 其他 (請詳述)：_____					
10A. 特殊指示： <input type="checkbox"/> 請參閱包裝附件來找出特殊指示之完整列表 (家長必須提供)					
和/或					
10B. 其他特殊指示：(包含與孩童所接受的其他藥物發生反應相關的任何疑慮，或考量到孩童年齡、過敏情形或任何既有病症，在使用藥物時的疑慮。同時請詳述不該施放藥物之情況。) _____					
11. 用藥之理由 (除非法律規定保密)： _____					
12. 上述孩童是否有生理上、發展上、行為上或情緒上的慢性病情，此類病情預計會持續 12 個月以上，並且需要超出一般孩童所需的特定種類或數量之健康或相關服務？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 若您勾選了是，請完成此表單背面的 (#33 與 #35)。					
13. 此同意書上的指示是否跟先前醫囑上所述之施藥劑量、時間或頻率有所出入？ <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 若您勾選了是，請完成此表單背面的 (#34 與 #35)。					
14. 授權醫療提供者之日期：			15. 停藥日期或給藥的時間範圍：		
16. 獲授權之合格開立處方者姓名 (請以正楷填寫)：			17. 獲授權之合格開立處方者電話號碼：		
18. 獲授權之合格開立處方者簽名： X					



OCFS-LDSS-7002 (2015年5月)背面

紐約州 (NEW YORK STATE)
兒童與家庭服務辦公室 (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

藥物同意表
兒童日托計畫

家長須完成以下部分 (#19 - #23)

19. 若已完成 #7A 部分，指示當中是否有指明施放藥物的確切時間？(例如，獲授權之合格開立處方者是否寫下了中午 12 點?) 是 不適用 否
寫下孩童日托計畫要施放藥物的確切時間 (例如：中午 12 點)：_____

20. 本人，家長，授權日托計畫根據本表單正面所述之條件，施放藥物給 (孩童姓名)：

21. 家長姓名 (請以正楷填寫)：_____ 22. 授權日期：_____

23. 家長簽名：
X

兒童日托計畫須完成以下部分 (#24 - #30)

24. 計畫名稱：_____ 25. 機構識別碼：_____ 26. 計畫電話號碼：_____

27. 我已確認完成 (#1 - #23)，並在適用情況下完成了 (#33 - #36)。我的簽名代表所有給出此藥物的必需資訊皆已提供給日托計畫。

28. 工作人員姓名 (請以正楷填寫)：_____ 29. 從家長處接獲之日期：_____

30. 工作人員簽名：
X

僅在家長要求在 (#15) 所指明的日期前停藥時，才須完成以下部分 (#31 - #32)。

31. 本人，家長，要求此同意表中所指明的藥物在下列日期以後停止施放 _____ (日期)

停止施放藥物后，我了解若我的孩童未來需要此藥物，則必須完成新的書面藥物同意表。

32. 家長簽名：
X

若需要，經授權之合格開立處方者須完成以下部分 (#33 - #35)

33. 請詳細描述為照顧此孩童，日托計畫工作人員所需的額外訓練、程序或能力。

34. 因為可能存在藥局在先前處方藥劑完全用盡之前，不會為了劑量、服用時間或頻率方面之變更而為新處方給藥的情形，所以請指出您囑咐要變更處方藥施藥方式的日期。

日期：_____

完成此部分後，在新處方給藥之前，日托計畫將會遵循此表單上的書面指示而非藥局標籤上的指示。

35. 獲授權之合格開立處方者簽名：
X

常見醫學名詞縮寫

縮寫	意義
\bar{a}	之前
\bar{ac}	餐前
bid、BID	每天兩次
\bar{c}	含
cc	立方公分
dc'd	中斷、停止
gtt	滴
Gm、gm、g	公克
hr、H	小時
hs、HS	就寢時間(睡眠時數)
kg	公斤
mcg	微克
mg	毫克
ml	毫升
NKA	無已知過敏反應
NKDA	無已知過敏記錄
OD	右眼
OS	左眼
OU	每隻眼睛
\bar{oz}	盎司
\bar{p}	之後，過後
pc	餐後
per	經
po	經口
prn	需要時使用
Q	每
qd	每天
qid、QID	一天四次
\bar{qod} 、QOD	每隔一天
\bar{s}	不含
i	一
ii	二
iii	三
tbsp.、T	湯匙
tid、TID	一天三次
tsp、t	茶匙

藥物指示應拚寫完整，不可使用縮寫。若您不瞭解藥物同意書上註明的任何事項，都必須先得到明確的指示才能給藥。



本頁特意留白。



OCFS-LDSS-7004 (2014 年 5 月) 正面

紐約州 (NEW YORK STATE)
兒童與家庭服務辦公室 (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

藥物施放記錄

- 看護者可使用此表單或經許可的同等文件來記錄日托計畫中所施放的藥物。
- 此文件必須與孩童的書面藥物同意書一同存放。
- 任何列於下方的藥物，若未給藥，則必須記錄。

孩童姓名：

藥物：(包含劑量)

在所有藥物給藥完畢時填寫				在發現副作用時填寫		僅在施放「需要時使用」的藥物時填寫	
給藥日期 (月/日/年)	劑量	時間 (上午或下午)	施藥者 (完整簽名)	任何已發現 之副作用	是否已通知 家長有此類 副作用？	若為「需要時使用」的藥物－ 請寫下若要施放此藥物， 孩童必須表現出何種症狀	施放「需要 時使用」的 藥物時是否 有通知家長
		<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否



講義 4.4

OCFS-LDSS-7004 (2014 年 5 月) 背面

紐約州 (NEW YORK STATE)
兒童與家庭服務辦公室 (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)
藥物施放記錄

若未根據孩童書面同意表上所述給藥，則須填寫此部分

未給藥日期	詳細描述未給藥之理由	是否已通知家長	提供者簽名
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

備註：

正確記錄



您必須記錄您在計畫中給予的所有藥物。記錄下計畫中給予的所有藥物有助於避免施藥失誤，包括能夠避免兒童漏用藥物或不慎重複服藥。

下面是有關正確記錄的幾個秘訣：

- 使用一份藥物施放記錄記下兒童使用的每種藥物。
- 用原子筆填寫。
- 待兒童用藥後立即記錄下藥物。
- 一律記下給藥日期、給藥劑量和給藥時間，並在記錄中簽名。
- 若您給予的是「需要時使用」的藥物，請務必寫下給藥原因，以及是否已經通知兒童的家長。
- 在兒童的藥物施放記錄中寫下您觀察到的任何副作用，並註明您是否已經通知兒童的家長。
- 若未給藥，請寫下原因。
- 寫下由您照護之前，兒童在家中使用的任何藥物。
- 若有家人來給兒童用藥，您必須寫下給藥人的姓名、給藥的劑量以及給藥時間。
- 若您不小心將您所給的藥物寫錯了，請以單行刪除線劃掉不正確的資訊、註明「錯誤」後在旁邊草簽您的姓名，然後再寫下正確的資訊。
例如 劑量：~~兩滴~~ 錯誤 *MW*
劑量：一滴
- 不可使用修正液。



本頁特意留白。



OCFS-LDSS-7003 (2014 年 11 月) 正面

紐約州 (NEW YORK STATE)
兒童與家庭服務辦公室 (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

口頭藥物同意表與施藥記錄

看護者可使用此表單或經許可的同等文件來記錄家長要求給藥，但未從授權開立處方者處取得書面指示之情形。

此表單所授權之藥物僅在當天有效。此同意表無法授權以下所列藥物施放於孩童多日。

1. 孩童的姓名：	2. 藥物名稱 (包含強度)：	3. 施藥數量/劑量：
-----------	-----------------	-------------

4. 施藥方式：	5. 僅今天一天的施藥頻率：
----------	----------------

6A. 可能產生的副作用： 參閱包裝附件來找出可能副作用的完整列表 (必須從藥物包裝或附件中取得)

和/或

6B. 其他副作用：

7. 若發現副作用，該計畫應採取什麼舉措：

連絡家長

透過所提供之電話號碼聯絡開立處方者

其他 (請詳述)：_____

8A. 特殊指示： 參閱包裝附件來找出特殊指示的完整列表 (必須從藥物包裝或附件中取得)

和/或

8B. 其他特殊指示：(包含與孩童所接受的其他藥物發生反應相關的任何疑慮或考量到孩童的年齡、過敏情形或任何既有病症，在使用藥物時的疑慮。同時請詳述不該施放藥物的情況。)

9. 提供者姓名：	10. 機構識別碼：	11. 計畫電話號碼：
-----------	------------	-------------

12. 本人 _____ 已得到 _____

(看護者姓名) (孩童家長)

的口頭許可，得以在下列日期施放上列藥物 / / 。

(獲授權給藥日期)

我從家長處獲得的指示與藥物容器上的使用的指示相符。若指示間不相符，我已從醫療提供者或獲授權之合格開立處方者處取得口頭或書面指示。



OCFS-LDSS-7003 (2014 年 11 月) 背面

紐約州 (NEW YORK STATE)
兒童與家庭服務辦公室 (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)
口頭藥物同意表與施藥記錄

13. 若口頭藥物同意需要醫療提供者之指示，則須完成此部分

除了以上家長同意外，本人 _____ 還得到下列人士之
(看護者姓名)
_____ (勾選以下方塊來指出該人士之身份)

- 醫師
- 助理醫師 (PA)
- 執業護理師 (NP)
- 可代表孩童醫師、助理醫師或執業護理師之持照護士

的口頭許可，得以在下列日期施放上列藥物 _____
(獲授權給藥日期)

已經要求醫療提供者以書面形式寄送藥物指示。

14. 合格開立處方者姓名 (醫師、助理醫師或執業護理師) :

15. 合格開立處方者之電話號碼 :

16. 我已確認完成 #1 - #15 部分。我的簽名代表所有安全施放此藥物的必需資訊皆已提供給托兒計畫。

17. 看護者姓名 (請以正楷填寫) :

18. 接獲日期 :

19. 看護者簽名 :

X

給藥日期	藥物	劑量	給藥時間	看護者簽名

家長口頭同意確認書

本人，家長，給予了托兒計畫得以在下列日期施放上列藥物

____ / ____ / ____ 的口頭許可。
(日期)

家長簽名 :

X



藥物的保存



決定藥物的保存地點時，請確認您的計畫所選擇的區域符合下列特點：

一般藥物

- 乾淨、安全且兒童無法觸及。
- 涼爽、乾燥、陰暗 (除非藥物指示註明其他條件)。

急救藥物

- 在兒童附近，方便您快速取得。
- 最好的放置位置包括：
 - ◆ 您的急救包內；或
 - ◆ 您隨身攜帶的背包裡。

您的醫療保健方案應註明計畫中的藥物保存地點。您可以選擇數個地點。**若更換藥物保存地點，您必須更新醫療保健方案。**

需冷藏的藥物

- 若將藥物保存在冰箱內，請和食物分開保存，並且須用防漏容器盛裝。防漏容器是指即便上下顛倒或搖晃也不會發生液體外漏的容器。
- 若您有藥物專用冰箱，請務必將冰箱上鎖或放置於兒童無法觸及的地點。
- 冷藏溫度應保持在 36 - 46° F 之間。
- 若計畫場所停電或冰箱故障，請致電當地藥局並按照對方的建議使用存放在冰箱中的藥物。

受管制物質

- 存放於限制出入的上鎖區域。
- 拿到家長提供的藥丸或藥水後，一定要清點藥丸顆數或記下瓶中的藥水量。
- 若有一位以上的職員給藥或可進出藥物存放區域，務必每天記下流水號。
- 將藥物歸還給家長時，一定要清點藥丸顆數或記下瓶中剩餘的藥水量。



藥物棄置

藥物過期、中斷治療或同意書失效後，一定要將藥物歸還給家長。

若無法將藥物歸還給家長，請按照下列準則處理：

- 將藥物從原始容器中取出。
- 將藥物與咖啡渣或貓砂等廢棄物混合。美國醫藥協會 (American Pharmaceutical Association) 建議先將藥物壓碎或溶於水中。
- 將這些物質放入空罐或密封塑膠袋等防漏容器中。
- 將容器丟入垃圾桶內。
- 除非藥物包裝或包裝內附說明書上註明可以將藥物沖入馬桶，否則請勿這麼做。

常備藥物

您的計畫可以儲備一些非特定兒童專用的成藥，以便在照護期間供有需要的兒童使用。儲備常備藥物時，同樣必須遵照特定兒童專用藥物的保存準則。

計畫若有參與紐約州衛生署的口腔保健計畫 (Fluoride Program)，則可以儲備由 DOH 提供的非特定兒童專用氟錠。

保存和給予非特定兒童專用藥物的托兒計畫要儲備任何成藥，必須先擬定成藥儲備政策。成藥儲備政策必須解決安全保存及正確給藥的問題，而且必須符合嚴格的常備藥物污染防治規定。

- 您必須將常備藥物保存在乾淨且兒童無法進入的區域，所有常備藥物都必須和兒童專用藥物分開保存。
- 您必須將常備藥物保存在原始容器中，且標籤或包裝內附說明書中必須註明下列資訊：
 - 藥物名稱；
 - 用藥原因；
 - 用藥說明，包括給藥方式；
 - 劑量指示；
 - 可能的副作用和/或不良反應；
 - 不建議給藥的警告事項或情況；以及
 - 失效日期。



講義 4.7

- 托兒計畫若儲備非單劑包裝的成藥，必須針對可能需要該藥物的每一位兒童制定給藥機制。
- 使用某裝置為照護中的特定兒童給藥後，須將該裝置丟棄，或者只能重複用於該名特定兒童，同時必須標示該名兒童的姓名。
- 計畫的成藥儲備政策中必須註明如何在不污染藥物的情況下，將藥物從容器中裝入裝置或直接對兒童給藥。
- 所有常備藥物都必須按照藥物包裝上的用藥指示，以最符合實務的技巧給予。
- 兒童日托計畫不得儲備處方藥物。



本頁特意留白。

接受藥物



接受家長提供的藥物時，請務必遵照下列步驟處理。若不能完成這些步驟，請告知家長您無法接受藥物，並告訴他們怎麼做您才能給藥。

完成下列步驟	請用 ✓ 標記所有 完成的步驟
1. 檢查藥物是否有註明兒童全名的標籤。 <ul style="list-style-type: none"> 若為處方藥，容器上必須貼有清晰可讀的藥局標籤。如有需要，還可以讓家長給您提供一些特殊工具，例如量匙或口服藥注射器（上面註明兒童的姓名）。請參閱講義 4.9。 	
2. 檢查藥物包裝上是否註明失效日期，且藥物是否過期。	
3. 檢查是否有醫療提供者所開立的書面指示。 <ul style="list-style-type: none"> 指示內容應完整、可理解，而且有醫療提供者的簽名。 若醫療提供者並未在第 7A 項註明特定時間（例如下午 1 點），請務必請家長在第 19 項填寫具體的給藥時間。 如需瞭解家長沒有書面指示時應如何處理，請參閱講義 4.1。 	
4. 檢查是否有家長的書面授權。 <ul style="list-style-type: none"> 如需瞭解家長沒能簽署表格時應如何處理，請參閱講義 4.1。 	
5. 檢查寫在藥物標籤和包裝上的指示與藥物同意書上的指示是否一致。 <ul style="list-style-type: none"> 若標籤不一致，請參閱講義 4.10，瞭解詳細資訊。 	
6. 填寫藥物同意書中的「日托計畫」部分，並向家長告知您同意給藥。	
7. 將藥物置於藥物存放區域或冰箱中。 <ul style="list-style-type: none"> 確認這是您在醫療保健方案中寫明的存放區域。 	

表格下頁續 ▶



講義 4.8

完成下列步驟	請用 ✓ 標記所有 完成的步驟
(表格續前頁)	
8. 為該名兒童的藥物建立一份藥物施放記錄。	
9. 將藥物同意書、任何包裝內附說明書或藥局印刷品以及藥物施放記錄統一歸檔，並置於您每天便於查閱的地方。	



給藥工具與藥物標籤規定



成藥標籤規定

成藥必須以原始容器盛裝，並且標註兒童的姓名。

處方藥標籤規定

處方藥應使用兒童無法打開的容器。容器上必須貼有原始的藥局標籤，內容須註明：

1. 兒童的姓名
2. 藥物名稱
3. 給藥頻率
4. 藥物劑量
5. 停止給藥的日期 (中止日期) 或給藥天數 (如適用)
6. 開立該處方藥的醫療提供者的姓名
7. 藥局名稱和電話號碼
8. 處方藥的配藥日期

7	Pharmacy Inc. #0012 電話：212-555-0102 100 Main Street, New York, NY 10068 Rx#: 8145974-02 Tx: 8063264	
1	Jose Martinez 出生日期：11/30/XX (718) 554-1984 461 Park Place, Brooklyn, NY 11202	
2	安莫西林 250mg 藥錠	
3	4	5
上午 10 點和下午 2 點各口服一片藥錠。14 天後中止。		
6	處方開立人員：Nancy Wallace MD (718) 564-9832 221 Stream Place, Brooklyn, NY 11202 可續藥次數：0 次 數量：30 R.Ph. Init: RSL	
8	領藥日期：7/15/XX 原始日期：7/15/XX 有效期限：7/15/XX	

藥物樣本

藥物樣本並非由藥局提供，不會有藥局標籤。兒童的醫療提供者提供的藥物樣本必須按照藥局標籤的規定標註相關資訊。家長應注意這項規定，要求兒童的醫療提供者依規定在樣本上標註必要資訊。



本頁特意留白。



藥物標籤與同意書不一致



寫在藥物標籤上的資訊必須與兒童的藥物同意書上的資訊完全一致。

但是，若指示有變，且醫療提供者所做的變更只有下列幾項時，您仍可以使用原標籤藥瓶中的藥物：

- 劑量；以及
- 時間和/或頻率。

若您接受劑量、時間和/或頻率變更，您的計畫需透過口頭及書面方式告知獲准給藥的人員，讓對方知道藥局標籤上的指示與醫療提供者所寫的指示不一致。

其中一種做法是在該名兒童的藥物上靠近藥局標籤的地方貼一張彩色貼紙。如此一來，只要看見任何一位兒童的藥局標籤上貼了貼紙，您就知道標籤內容並不是最新的資訊，應該要以該名兒童的藥物同意書上的指示為準。

此外， 保健提供者必 在同意 上 下他/她要求 方 施用 更生效的日期。



本頁特意留白。

每日規劃



每一天，您都需要在兒童抵達之前規劃好計畫中兒童的藥物需求。請按照下列提示進行每日規劃。

- 查看最新的藥物同意書，核對下列資訊：
 - ◆ 給藥時間
 - ◆ 「需要時使用」的藥物所對應的症狀
 - ◆ 失效日期，確認同意書仍具效力
- 查看每一種藥物 (包括常備藥物) 的失效日期。
- 檢查剩餘藥量，所剩不多時需通知家長。
- 決定給藥地點。安全的區域具備以下條件：
 - ◆ 光線良好；
 - ◆ 可以在給藥時進行適度監督；
 - ◆ 鄰近您給藥所需的所有用品，例如紙巾和手套；以及
 - ◆ 給藥前需清理乾淨。

兒童抵達後，您還需要隨機應變，因為您可能需要更改原本的規劃。

兒童抵達後您還可能會得到其他資訊：

- 兒童可能已經在抵達前服藥。
- 可能需要新的藥物。
- 可能需更改藥物劑量或中斷給藥。



本頁特意留白。

練習：接受藥物



指引：與另一位參與人一組。參考講義內容，閱讀每件個案研究並回答問題。

個案研究：Carly McMahon 是您計畫中的一名十個月大的兒童。Carly 的母親送她來時告訴您她正在長牙，有時會覺得不舒服、煩躁不安。她還提到昨天晚上曾經和 Carly 的醫師連絡過，醫師建議讓 Carly 服用 Tylenol® 止痛。Carly 的母親交給您一瓶嬰兒專用的 Tylenol 口服懸浮劑，上面註明了 Carly 的姓名，請您在今天下午 1 點給 Carly 吃一次藥。她並沒有提供填寫完畢並由 Carly 的醫療提供者簽名的藥物同意書。

Drug Facts (continued)

■ replace cap tightly to maintain child resistance

Dosing Chart		
Weight (lb)	Age (yr)	Dose (mL)*
under 24	under 2 years	ask a doctor
24-35	2-3 years	5 mL

* or as directed by a doctor

Attention: use only enclosed syringe specifically designed for use with this product. Do not use any other dosing device.

Other information

- store between 20-25°C (68-77°F)
- do not use if carbon logo imprinted "SAFETY SEAL" or bottle wrap imprinted "SAFETY SEAL" and "USE WITH ENCLOSED DOSING DEVICE ONLY" is broken or missing
- see bottom panel for lot number and expiration date

Inactive ingredients anhydrous citric acid, butylparaben, D&C red #3, FD&C blue #1, flavors, glycerin, high fructose corn syrup, microcrystalline cellulose and carboxymethylcellulose sodium, propylene glycol, purified water, sodium benzoate, sorbitol solution, sucralose, xanthan gum

Questions or comments?
call 1-877-895-3665

See New Dosage & Directions

NDX: 50580-191-01

Infants' TYLENOL®
For Children
Acetaminophen Oral Suspension
Pain Reliever-Fever Reducer

NEW! Dosage & Directions

ibuprofen Free
Alcohol Free
Aspirin Free

Use Only Enclosed Syringe

SimpleMeasure™
See side panel for more information

Grape FLAVOR
1 fl oz (30 mL)
160 mg per 5 mL

NEW! SimpleMeasure™

STEP 1. See **Directions** for the correct dose for your child.

STEP 2. Shake well before using.

STEP 3. Push air out of syringe. Firmly push syringe into bottle opening.

STEP 4. Turn the bottle upside down and pull syringe to the correct dose.

STEP 5. Dispense liquid slowly into child's mouth.

IMPORTANT:
New Dosage and Directions. Please see dosing chart or ask a doctor for your child's correct dose.

Drug Facts

Active ingredient (in each 5 mL)	Purpose
Acetaminophen 160 mg	Pain reliever/fever reducer

Uses temporarily: ■ reduces fever
■ relieves minor aches and pains due to:
■ the common cold ■ flu ■ headache ■ sore throat ■ toothache

Warnings
Liver warning: This product contains acetaminophen. Severe liver damage may occur if your child uses ■ more than 5 doses in 24 hours, which is the maximum daily amount
■ with other drugs containing acetaminophen
Sore throat warning: Sore throat is severe, persists for more than 2 days, is accompanied or followed by fever, headache, rash, nausea, or vomiting, consult a doctor promptly.

Do not use

- with any other drug containing acetaminophen (prescription or nonprescription). If you are not sure whether a drug contains acetaminophen, ask a doctor or pharmacist.
- if your child is allergic to acetaminophen or any of the inactive ingredients in this product

Ask a doctor before use if your child has liver disease
Ask a doctor or pharmacist before use if your child is taking the blood thinning drug warfarin

When using this product do not exceed recommended dose (see overdose warning)

Stop use and ask a doctor if ■ pain gets worse or lasts more than 5 days
■ fever gets worse or lasts more than 3 days
■ new symptoms occur ■ redness or swelling is present
These could be signs of a serious condition.

Keep out of reach of children. Overdose warning: Taking more than the recommended dose (overdose) may cause liver damage. In case of overdose, get medical help or contact a Poison Control Center right away. (1-800-222-1222) Quick medical attention is critical for adults as well as for children when if you do not notice any signs or symptoms.

Directions

- this product does not contain directions or complete warnings for adult use.
- do not give more than directed (see overdose warning)
- shake well before using
- mL = milliliter
- find right dose on chart. If possible, use weight to dose; otherwise, use age.
- push air out of syringe. Firmly push syringe into bottle opening
- turn bottle upside down and pull syringe to the correct dose
- dispense liquid slowly into child's mouth, toward inner cheek
- repeat dose every 4 hours while symptoms last
- do not give more than 5 times in 24 hours

LOT: **ABC987**
EXP: **09/XX**

1. 您接受藥物時是否有 Carly 的醫師提供的必要指示？如何確定？

如果沒有，那麼有沒有什麼方式讓您可以接受 Carly 的母親給您的藥物？



練習 4.1

個案研究 2： Joshua Liebowitz 是您計畫中的一名四歲兒童。過去九個月來，您每天固定在中午 12 點讓他服用一種叫做卡馬西平 (carbamazepine) 的藥物來預防癲癇。自從服藥後，他始終保持非常好的狀態，癲癇一直沒有發作。今天，Joshua 的父親送他過來，告訴您 Joshua 的醫師希望降低 Joshua 服用的卡馬西平藥量。Joshua 的父親給了您一份醫師新提供的書面指示 (請見下一頁)，但並沒有給您新藥，因為剩下的藥還有很多，藥局不給配新藥。

1. 您接受藥物時是否有 Joshua 的醫師提供的必要指示？

2. 您看見 Joshua 的同意書上勾選了第 13 項。您所儲備的卡馬西平藥瓶上的標籤資訊與同意書上註明的劑量不一致。同意給藥之前，您是否需要與醫療提供者的新指示一致的新藥物標籤？

您還需要做些什麼？



練習 4.1

OCFS-LDSS-7002 (2015 年 5 月) 正面

紐約州 (NEW YORK STATE)
兒童與家庭服務辦公室 (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

藥物同意表
兒童日托計畫

- 此表單係在施放以下藥物時，用於遵守同意要求之用：處方藥物、口服非處方藥、醫療貼片，以及眼部、耳部或鼻部之滴劑與噴劑。
- 僅有具備施放藥物給日托孩童的認證之工作人員得以為之。
- 每次施藥必須完成一份表單。不得在同張表單中列出數種藥物。
- 針對未滿 5 歲之孩童，同意表應至少每隔六個月重新授權一次，而 5 歲以上之孩童則應至少每 12 個月重新授權一次。

由獲授權之合格開立處方者來完成此部分 (#1 - #18) 並在需要時完成 (#33 - 35)。

1. 孩童的姓名： Joshua Liebowitz		2. 出生日期： 2/6/XXXX (4 歲)		3. 孩童的已知過敏情形： 無	
4. 藥物名稱 (包含強度)： Carbamazepine 懸浮劑 (100mg/5ml)			5. 施藥數量/劑量： 1 茶匙		6. 施藥方式： 口服
7A. 施藥頻率： 中午 12 點					
或者					
7B. 指出必須施放藥物之症狀：(必須為可觀察之病徵與症狀，如若可能，最好有可量測之指標)： _____					
8A. 可能產生的副作用： <input checked="" type="checkbox"/> 請參閱包裝附件來找出可能副作用之完整列表 (家長必須提供)					
和/或					
8B. 其他副作用： _____					
9. 若發現副作用，托兒服務者應採取什麼舉措： <input checked="" type="checkbox"/> 聯絡家長 <input type="checkbox"/> 透過下方所提供的電話號碼聯絡醫療提供者 <input type="checkbox"/> 其他 (請詳述)： _____					
10A. 特殊指示： <input checked="" type="checkbox"/> 請參閱包裝附件來找出特殊指示之完整列表 (家長必須提供)					
和/或					
10B. 其他特殊指示：(包含與孩童所接受的其他藥物發生反應相關的任何疑慮，或考量到孩童年齡、過敏情形或任何既有病症，在使用藥物時的疑慮。同時請詳述不該施放藥物之情況。) _____					
11. 用藥之理由 (除非法律規定保密)： 癲癇症					
12. 上述孩童是否有生理上、發展上、行為上或情緒上的慢性病情，此類病情預計會持續 12 個月以上，並且需要超出一般孩童所需的特定種類或數量之健康或相關服務？ <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/> 是 若您勾選了是，請完成此表單背面的 (#33 與 #35)。					
13. 此同意書上的指示是否跟前醫囑上所述之施藥劑量、時間或頻率有所出入？ <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/> 是 若您勾選了是，請完成此表單背面的 (#34 與 #35)。					
14. 授權醫療提供者之日期： 10/13/XXXX			15. 停藥日期或給藥的時間範圍： 4/13/XXXX		
16. 獲授權之合格開立處方者姓名 (請以正楷填寫)： Gary Marchione, MD			17. 獲授權之合格開立處方者電話號碼： (914) 555-1998		
18. 獲授權之合格開立處方者簽名： X Gary Marchione					



練習 4.1

OCFS-LDSS-7002 (2015年5月)背面

紐約州 (NEW YORK STATE)
兒童與家庭服務辦公室 (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

藥物同意表
兒童日托計畫

家長須完成以下部分 (#19 - #23)

19. 若已完成 #7A 部分，指示當中是否有指明施放藥物的確切時間？(例如，獲授權之合格開立處方者是否寫下了中午 12 點?) 是 不適用 否
寫下孩童日托計畫要施放藥物的確切時間 (例如：中午 12 點)：_____

20. 本人，家長，授權日托計畫根據本表單正面所述之條件，施放藥物給 (孩童姓名)：
Joshua Liebowitz

21. 家長姓名 (請以正楷填寫)：
Gabriel Liebowitz

22. 授權日期：
10/14/XXXX

23. 家長簽名：
X Gabriel Liebowitz

兒童日托計畫須完成以下部分 (#24 - #30)

24. 計畫名稱：
ABC Child Care

25. 機構識別碼：
01376 DCC

26. 計畫電話號碼：
(212) 555-8363

27. 我已確認完成 (#1 - #23)，並在適用情況下完成了 (#33 - #36)。我的簽名代表所有給出此藥物的必需資訊皆已提供給日托計畫。

28. 工作人員姓名 (請以正楷填寫)：
Carla Carson

29. 從家長處接獲之日期：
10/14/XXXX

30. 工作人員簽名：
X Carla Carson

僅在家長要求在 (#15) 所指明的日期前停藥時，才須完成以下部分 (#31 - #32)。

31. 本人，家長，要求此同意表中所指明的藥物在下列日期以後停止施放 _____ (日期)
停止施放藥物后，我了解若我的孩童未來需要此藥物，則必須完成新的書面藥物同意表。

32. 家長簽名：
X

若需要，經授權之合格開立處方者須完成以下部分 (#33 - #35)

33. 請詳細描述為照顧此孩童，日托計畫工作人員所需的額外訓練、程序或能力。
請見獨立健康照護計畫

34. 因為可能存在藥局在先前處方藥劑完全用盡之前，不會為了劑量、服用時間或頻率方面之變更而為新處方給藥的情形，所以請指出您囑咐要變更處方藥施藥方式的日期。
日期： 10/13/XXXX

完成此部分後，在新處方給藥之前，日托計畫將會遵循此表單上的書面指示而非藥局標籤上的指示。

35. 獲授權之合格開立處方者簽名：
X Gary Marchione

練習：接受藥物 解答



個案研究：Carly McMahon 是您計畫中的一名十個月大的兒童。Carly 的母親送她來時告訴您她正在長牙，有時會覺得不舒服、煩躁不安。她還提到昨天晚上曾經和 Carly 的醫師連絡過，醫師建議讓 Carly 服用 Tylenol® 止痛。Carly 的母親交給您一瓶嬰兒專用的 Tylenol 口服懸浮劑，上面註明了 Carly 的姓名，請您在今天下午 1 點給 Carly 吃一次藥。她並沒有提供填寫完畢並由 Carly 的醫療提供者簽名的藥物同意書。

Drug Facts (continued)

- replace cap tightly to maintain child resistance

Dosing Chart		
Weight (lb)	Age (yr)	Dose (mL)*
under 24	under 2 years	ask a doctor
24-35	2-3 years	5 mL

* or as directed by a doctor
Attention: use only enclosed syringe specifically designed for use with this product. Do not use any other dosing device.

Other information

- store between 20-25°C (68-77°F)
- do not use if carbon tape imprinted "SAFETY SEAL" or bottle wrap imprinted "SAFETY SEAL" and "USE WITH ENCLOSED DOSING DEVICE ONLY" is broken or missing
- see bottom panel for lot number and expiration date

Inactive ingredients anhydrous citric acid, butylparaben, D&C red #53, FD&C blue #1, flavors, glycerin, high fructose corn syrup, microcrystalline cellulose and carboxymethylcellulose sodium, propylene glycol, purified water, sodium benzoate, sorbitol solution, sucralose, xanthan gum

Questions or comments?
call 1-877-495-3665

See New Dosage & Directions

NDX 50580-191-01

Infants' TYLENOL®
For Children
Acetaminophen Oral Suspension
Pain Reliever-Fever Reducer

NEW! Dosage & Directions

ibuprofen Free
Alcohol Free
Aspirin Free

SimpleMeasure™
See side panel for more information

Grape
FLAVOR

1 fl oz (30 mL)
160 mg per 5 mL

NEW! SimpleMeasure™

STEP 1. See **Directions** for the correct dose for your child.

STEP 2. Shake well before using.

STEP 3. Push air out of syringe. Firmly push syringe into bottle opening.

STEP 4. Turn the bottle upside down and pull syringe to the correct dose.

STEP 5. Dispense liquid slowly into child's mouth.

IMPORTANT:
New Dosage and Directions. Please see dosing chart or ask a doctor for your child's correct dose.

Drug Facts	Active ingredient (in each 5 mL)	Purpose
	Acetaminophen 160 mg	Pain reliever/fever reducer

Uses temporarily: ■ reduces fever
 ■ relieves minor aches and pains due to:
 ■ the common cold ■ flu ■ headache ■ sore throat ■ toothache

Warnings

Liver warning: This product contains acetaminophen. Severe liver damage may occur if your child takes ■ more than 5 doses in 24 hours, which is the maximum daily amount

■ with other drugs containing acetaminophen

Sore throat warning: If sore throat is severe, persists for more than 2 days, is accompanied or followed by fever, headache, rash, nausea, or vomiting, consult a doctor promptly.

Do not use

- with any other drug containing acetaminophen (prescription or nonprescription). If you are not sure whether a drug contains acetaminophen, ask a doctor or pharmacist.
- if your child is allergic to acetaminophen or any of the inactive ingredients in this product

Ask a doctor before use if your child has liver disease

Ask a doctor or pharmacist before use if your child is taking the blood thinning drug warfarin

When using this product do not exceed recommended dose (see overdose warning)

Stop use and ask a doctor if ■ pain gets worse or lasts more than 5 days
 ■ fever gets worse or lasts more than 5 days
 ■ new symptoms occur ■ redness or swelling is present

These could be signs of a serious condition.

Keep out of reach of children. Overdose warning: Taking more than the recommended dose (overdose) may cause liver damage. In case of overdose, get medical help or contact a Poison Control Center right away. (1-800-232-1222) Quick medical attention is critical for adults as well as for children even if you do not notice any signs or symptoms.

Directions

- this product does not contain directions or complete warnings for adult use.
- do not give more than directed (see overdose warning)
- shake well before using
- mL = milliliter
- find right dose on chart. If possible, use weight to dose; otherwise, use age.
- push air out of syringe. Firmly push syringe into bottle opening
- turn bottle upside down and pull syringe to the correct dose
- dispense liquid slowly into child's mouth, toward inner cheek
- repeat dose every 4 hours while symptoms last
- do not give more than 5 times in 24 hours

LOT: **ABC987**
 EXP: **09/XX**

1. 您接受藥物時是否有 Carly 的醫師提供的必要指示？如何確定？

沒有，要給年齡未滿 18 個月的兒童服用成藥，必須先得到並記錄家長的口頭許可以及兒童的醫療提供者提供的口頭指示。

如果沒有，那麼有沒有什麼方式讓您可以接受 Carly 的母親給您的藥物？

有，可以記錄兒童母親的口頭許可，同時得到並記錄兒童的醫療提供者提供的口頭指示。



解答 4.1

個案研究 2： Joshua Liebowitz 是您計畫中的一名四歲兒童。過去九個月來，您每天固定在中午 12 點讓他服用一種叫做卡馬西平 (carbamazepine) 的藥物來預防癲癇。自從服藥後，他始終保持非常好的狀態，癲癇一直沒有發作。今天，Joshua 的父親送他過來，告訴您 Joshua 的醫師希望降低 Joshua 服用的卡馬西平藥量。Joshua 的父親給了您一份醫師新提供的書面指示 (請見下一頁)，但並沒有給您新藥，因為剩下的藥還有很多，藥局不給配新藥。

1. 您接受藥物時是否有 Joshua 的醫師提供的必要指示？

有

2. 您看見 Joshua 的同意書上勾選了第 13 項。您所儲備的卡馬西平藥瓶上的標籤資訊與同意書上註明的劑量不一致。同意給藥之前，您是否需要與醫療提供者的新指示一致的新藥物標籤？

不需要

您還需要做些什麼？

透過口頭及書面方式通知所有獲准給藥的人員，讓對方知道藥局標籤上的指示與醫療提供者所寫的指示不一致。



解答 4.1

OCFS-LDSS-7002 (2015 年 5 月) 正面		
紐約州 (NEW YORK STATE) 兒童與家庭服務辦公室 (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)		
藥物同意表 兒童日托計畫		
<ul style="list-style-type: none"> 此表單係在施放以下藥物時，用於遵守同意要求之用：處方藥物、口服非處方藥、醫療貼片，以及眼部、耳部或鼻部之滴劑與噴劑。 僅有具備施放藥物給日托孩童的認證之工作人員得以為之。 每次施藥必須完成一份表單。不得在同張表單中列出數種藥物。 針對未滿 5 歲之孩童，同意表應至少每隔六個月重新授權一次，而 5 歲以上之孩童則應至少每 12 個月重新授權一次。 		
由獲授權之合格開立處方者來完成此部分 (#1 - #18) 並在需要時完成 (#33 - 35)。		
1. 孩童的姓名： Joshua Liebowitz	2. 出生日期： 2/6/XXXX (4 歲)	3. 孩童的已知過敏情形： 無
4. 藥物名稱 (包含強度)： Carbamazepine 懸浮劑 (100mg/5ml)	5. 施藥數量/劑量： 1 茶匙	6. 施藥方式： 口服
7A. 施藥頻率： 中午 12 點		
或者		
7B. 指出必須施放藥物之症狀：(必須為可觀察之病徵與症狀，如若可能，最好有可量測之指標)： _____		
8A. 可能產生的副作用： <input checked="" type="checkbox"/> 請參閱包裝附件來找出可能副作用之完整列表 (家長必須提供)		
和/或		
8B. 其他副作用： _____		
9. 若發現副作用，托兒服務者應採取什麼舉措： <input checked="" type="checkbox"/> 聯絡家長 <input type="checkbox"/> 透過下方所提供的電話號碼聯絡醫療提供者 <input type="checkbox"/> 其他 (請詳述)： _____		
10A. 特殊指示： <input checked="" type="checkbox"/> 請參閱包裝附件來找出特殊指示之完整列表 (家長必須提供)		
和/或		
10B. 其他特殊指示：(包含與孩童所接受的其他藥物發生反應相關的任何疑慮，或考量到孩童年齡、過敏情形或任何既有病症，在使用藥物時的疑慮。同時請詳述不該施放藥物之情況。) _____		
11. 用藥之理由 (除法律規定保密)： <u>癲癇症</u>		
12. 上述孩童是否有生理上、發展上、行為上或情緒上的慢性病情，此類病情預計會持續 12 個月以上，並且需要超出一般孩童所需的特定種類或數量之健康或相關服務？ <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/> 是 若您勾選了是，請完成此表單背面的 (#33 與 #35)。		
13. 此同意書上的指示是否跟前醫囑上所述之施藥劑量、時間或頻率有所出入？ <input type="checkbox"/> 否 <input checked="" type="checkbox"/> 是 若您勾選了是，請完成此表單背面的 (#34 與 #35)。		
14. 授權醫療提供者之日期： 10/13/XXXX	15. 停藥日期或給藥的時間範圍： 4/13/XXXX	
16. 獲授權之合格開立處方者姓名 (請以正楷填寫)： Gary Marchione, MD	17. 獲授權之合格開立處方者電話號碼： (914) 555-1998	
18. 獲授權之合格開立處方者簽名： X Gary Marchione		



解答 4.1

OCFS-LDSS-7002 (2015 年 5 月) 背面

紐約州 (NEW YORK STATE)
兒童與家庭服務辦公室 (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

藥物同意表
兒童日托計畫

家長須完成以下部分 (#19 - #23)

19. 若已完成 #7A 部分，指示當中是否有指明施放藥物的確切時間？(例如，獲授權之合格開立處方者是否寫下了中午 12 點?) <input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 不適用 <input type="checkbox"/> 否	
寫下孩童日托計畫要施放藥物的確切時間 (例如：中午 12 點)：_____	
20. 本人，家長，授權日托計畫根據本表單正面所述之條件，施放藥物給 (孩童姓名)： Joshua Liebowitz	
21. 家長姓名 (請以正楷填寫)： Gabriel Liebowitz	22. 授權日期： 10/14/XXXX
23. 家長簽名： X Gabriel Liebowitz	

兒童日托計畫須完成以下部分 (#24 - #30)

24. 計畫名稱： ABC Child Care	25. 機構識別碼： 01376 DCC	26. 計畫電話號碼： (212) 555-8363
27. 我已確認完成 (#1 - #23)，並在適用情況下完成了 (#33 - #36)。我的簽名代表所有給出此藥物的必需資訊皆已提供給日托計畫。		
28. 工作人員姓名 (請以正楷填寫)： Carla Carson	29. 從家長處接獲之日期： 10/14/XXXX	
30. 工作人員簽名： X Carla Carson		

僅在家長要求在 (#15) 所指明的日期前停藥時，才須完成以下部分 (#31 - #32)。

31. 本人，家長，要求此同意表中所指明的藥物在下列日期以後停止施放 _____ (日期)
停止施放藥物后，我了解若我的孩童未來需要此藥物，則必須完成新的書面藥物同意表。
32. 家長簽名： X

若需要，經授權之合格開立處方者須完成以下部分 (#33 - #35)

33. 請詳細描述為照顧此孩童，日托計畫工作人員所需的額外訓練、程序或能力。 請見獨立健康照護計畫
34. 因為可能存在藥局在先前處方藥劑完全用盡之前，不會為了劑量、服用時間或頻率方面之變更而為新處方給藥的情形，所以請指出您囑咐要變更處方藥施藥方式的日期。 日期： 10/13/XXXX
完成此部分後，在新處方給藥之前，日托計畫將會遵循此表單上的書面指示而非藥局標籤上的指示。
35. 獲授權之合格開立處方者簽名： X Gary Marchione

對兒童給藥



您應當了解計畫中每個兒童的個性。給藥時應善用這方面的知識，確保給藥過程安全無虞。

一般給藥原則

給藥時：

- 態度堅定果決，讓孩子知道您希望他們配合。
- 給藥後向孩子說聲謝謝。
- 請記住，面對不同的兒童可能需要採取不同的方式，因此請隨機應變。
- 和家長討論他們的給藥方式，並且盡可能採用相同的方式給藥。



有時候您可能無法安全地對兒童給藥。

- **切勿利用威脅或限制行動的方式迫使兒童合作。**切勿強迫正在哭鬧的兒童服藥。
- 若您無法安全地讓兒童服藥，請打電話給家長。
- 切記在該名兒童的記錄中寫下未能給藥的原因。

下面提供了一些祕訣，幫助您安全地向計畫中的兒童給藥：

嬰兒

- ☺ 以平靜舒緩的口氣說話。
- ☺ 讓孩子聽能放鬆心情的音樂。
- ☺ 給藥前後輕輕搖晃嬰兒。
- ☺ 除非醫療提供者的指示上寫明不可在餵食前給藥，否則請在餵食前給藥。
- ☺ 不可添加在配方奶或母乳中。

幼兒

- ☺ 運用適合孩子年齡的用語。
- ☺ 切勿將藥稱為「糖果」或「加味糖果」（例如將粉紅色的安莫西林稱為「泡泡糖」口味的藥物）
- ☺ 讓兒童抱著玩具。
- ☺ 給幼兒一些自主權，例如問對方「你想用哪種顏色的杯子？」
- ☺ 利用玩偶或填充動物練習給藥。
- ☺ 給藥前後都要預留一些時間來安撫兒童。



學齡前兒童

- ☺ 讓孩子做好服藥準備。
- ☺ 讓孩子在服藥時想想自己喜歡的地方或事物。
- ☺ 讓孩子有所選擇，例如問對方「等一下你想玩什麼？」

學齡兒童

- ☺ 讓孩子做好服藥準備。
- ☺ 讓孩子想像自己喜歡的地方或深呼吸幾次，幫助孩子放鬆心情。
- ☺ 讓孩子在服藥過程中扮演主動的角色。
- ☺ 給孩子盡可能多的自主權。
- ☺ 讓孩子抒發自己對於用藥的感受。

特殊情況



同意給計畫中的兒童給藥後，就必須按照指示給藥。但是，有時候您無法安全地給這些兒童給藥。此時，您可以在藥物施放記錄背面寫下未能按照指示給藥的情況。

▶ **若兒童拒絕合作，或者您無法安全給藥：**

- ◆ 不可強迫兒童用藥。
- ◆ 立即通知兒童的家長。
- ◆ 在兒童的記錄中註明未給藥以及未給藥的原因。
- ◆ 參閱計畫的醫療保健方案，瞭解其他相關措施。

▶ **若兒童服藥後馬上或不久即吐出或(嘔吐)藥物：**

- ◆ 不可再次給藥。
- ◆ 盡快通知兒童的家長，並且告知事情經過。
- ◆ 在兒童的記錄中寫下該兒童吐出(或嘔吐)部分藥物。

▶ **若兒童缺席或沒有按照排定的時間前來：**

- ◆ 您不需要在該名兒童的藥物施放記錄中寫下這種情況，因為這種情況不屬於漏藥。

▶ **若藥物用完，而家長並未給您新藥：**

- ◆ 在該兒童的記錄中註明您無法給藥，並且寫下無法給藥的原因。

▶ **若家長在同意書上註明的日期之前即告知您停止給藥：**

- ◆ 請家長在同意書的背面填寫新的中止給藥日期。
- ◆ 將藥物還給家長。



本頁特意留白。

安全給藥



您知道，確認同意書上註明的**五正確**內容與藥物標籤或包裝上的資訊是否一致非常重要。請務必在給藥前備妥您可能需要用到的用品。在進行以下三項工作時您需要分別確認一次這些資訊：

1. 準備給藥時：

- 查看兒童的記錄，確認兒童尚未服藥。
- 核對兒童的身分，並且確認兒童已經做好服藥準備。
- 將您自己和兒童的雙手洗淨。
- 兒童準備就緒後，將該名兒童的同意書帶到存放藥物的地方，然後進行**五正確**核對。
 - 兒童全名
 - 藥物
 - 劑量
 - 途徑
 - 時間
- 將藥物從存放區域取出後，不可置於兒童可以拿到的地方。
- 核對指示和包裝資訊，確認是否有任何特殊的給藥指示，例如給藥時間應在餐後還是餐前。
- 若您當天尚未核對同意書和藥物上的失效日期，請在此時確認。
- 按照指示準備藥物。藥物準備因給藥方式和藥物而異。如有必要請查看包裝或包裝內附的說明書。

2. 給藥時：

- 進行**五正確**核對。
 - 兒童全名
 - 藥物
 - 劑量
 - 途徑
 - 時間
- 按照包裝、同意書以及任何特殊指示上註明的指示給藥(請參閱講義 7.1 – 7.8)。

3. 做藥物施放記錄時：

- 將藥物收回存放區域或讓兒童回到班上之前，應在兒童的記錄中寫下藥物施放記錄。
- 進行**五正確**核對。
 - 兒童全名
 - 藥物
 - 劑量
 - 途徑
 - 時間
- 應立即將藥物收回存放區域。
- 再次清洗您自己和兒童的雙手。
- 協助兒童回到班上。



本頁特意留白。

洗手¹



在下列時間點，照護者和義工都必須以肥皂和流動的清水對雙手進行徹底清洗：

- 每天早上，
- 給藥前後，
- 手上不乾淨時，
- 自己如廁或協助兒童如廁後，
- 換好尿布後，
- 處理食物或飲食前後，
- 處理寵物或其他動物之後，
- 接觸任何身體分泌物或體液之後，以及
- 從室外進到室內後。

在下列時間點，照護者和義工必須確定兒童徹底洗淨雙手，或者需協助兒童用肥皂和流動的清水徹底清洗雙手：

- 手上不乾淨時，
- 如廁後，
- 處理食物或飲食前後，
- 處理寵物或其他動物之後，
- 接觸任何身體分泌物或體液之後，以及
- 從室外進到室內後。

所有工作人員、義工和兒童都要按照下列步驟洗手：

- 1) 以清水打溼雙手後塗抹肥皂液。
- 2) 以肥皂和清水揉搓雙手至少 30 秒 – 別忘了揉搓指縫、指甲間隙及週圍區域、手背，如有配戴首飾，也要順便刷洗。
- 3) 在流動的清水下方手指朝下沖洗雙手，讓水從手腕流向指尖。
- 4) 繼續沖水。
- 5) 以拋棄式紙巾或合格的烘乾裝置烘乾雙手。
- 6) 用紙巾關閉水龍頭，若在是在關上門的馬桶間裡，開門時請使用紙巾。
- 7) 將紙巾丟入正確的容器內。
- 8) 如有必要可塗抹乳液。

若無法使用肥皂和流動清水，但雙手明顯不乾淨，可以使用濕巾加上潔手劑進行清潔。年齡未滿兩 (2) 歲的兒童禁止使用潔手劑。

¹ 改寫自「兒童與家庭服務辦公室醫療保健方案」(Office of Children and Family Services Health Care Plan) 附錄 B。



本頁特意留白。

使用手套



戴手套是為了保護自己。當您讓兒童使用特定類型的藥物時，可能會接觸到兒童的體液。體液可能受傳染疾病污染，因此您必須戴上手套保護自己，這一點非常重要。只要有可能接觸到下列物質，請務必戴上手套：

- 所有體液，例如：
 - ◇ 鼻涕
 - ◇ 唾液
 - ◇ 眼淚
 - ◇ 嘔吐物
 - ◇ 尿液
 - ◇ 糞便
- 血液
- 受傷 (有傷口) 的皮膚
- 黏膜，例如牙齦和鼻管

手套的使用方法¹

1. 洗手。
2. 戴上一副乾淨的手套。不可重複使用醫療用手套。
3. 進行治療或給藥，或是清潔準備進行藥物治療的部位。
4. 從手心部位將手套往下拉，脫掉第一隻手套。手套的整個外層都不乾淨。不可讓不乾淨的外層接觸到乾淨的表面。
5. 用仍戴著手套的另一隻手，將第一隻手套握成球狀。
6. 用沒戴手套的手脫下另一隻手套，但沒戴手套的手不可接觸到手套外層。將一隻手指從手腕處插入手套下方，然後將手套往上掀起，蓋住您握在手心中的那隻手套。此時手套的內層和沒戴手套的那隻手都是乾淨的。請注意，只能以乾淨的表面接觸乾淨的表面。沒戴手套的那隻手不可觸碰手套外層。
7. 將不乾淨的手套丟入裝有塑膠袋的容器中。
8. 洗手。



即使戴了手套，也必須洗手。脫下及丟棄醫療用手套後，一定要洗手。

¹ 改寫自「兒童與家庭服務辦公室醫療保健方案」(Office of Children and Family Services Health Care Plan) 附錄 F。



本頁特意留白。

清潔和消毒¹



應按照下列方式清潔和消毒兒童使用或觸摸過的器材、玩具和物品：

1. 兒童每天經常使用或觸摸的器材，只要弄髒就必須清潔和消毒，而且每週必須至少進行一次。
2. 若地毯上沾染血液或體液，必須重點清潔。
3. 每次為兒童更換尿布後，必須立即對換尿布地點的表面進行消毒。
4. 每次備餐和用餐前後，必須清潔和消毒桌檯、桌面和備餐檯面(包括砧板)。
5. 每次兒童使用便椅後，必須清空便椅並對便椅進行消毒。不可在洗手槽清洗便椅，除非每次使用過後都清洗並消毒洗手槽。
6. 廁所隨時都要保持乾淨，並且須備妥充足的衛生紙、肥皂以及拋棄式紙巾，供兒童使用。
7. 只要有任何表面接觸到血液或體液，一定要立即消毒。
8. 兒童放入口中的溫度計和玩具，必須先浸泡消毒劑再洗淨，然後才能給其他兒童使用。

消毒溶液

沒有味道的氯系漂白水價格低廉又容易取得，是最常用的消毒劑。州衛生準則 (State Sanitary Code) 所採用的消毒溶液計量單位是「百萬分之一」，但您不需要購買任何特殊器材也能製作出正確濃度的消毒溶液。只需依照下面兩個簡單的步驟製作即可：(1) 閱讀漂白水容器上的標籤；(2) 使用普遍的家用測量方式。

閱讀標籤

次氯酸鈉 (Sodium hypochlorite) 是氯系漂白水中的活性成分。不同成分的漂白水品牌這項成分的含量也會不一樣：本講義說明的測量方式使用的是含 6% 到 8.25% 次氯酸鈉的漂白水。要知道漂白水中的次氯酸鈉含量，唯一的方式就是閱讀標籤。購買漂白水之前，一定要閱讀瓶身，確認濃度。請勿購買沒有標示濃度的產品。

使用普遍的家用測量方式

使用含 6% 到 8.25% 次氯酸鈉的漂白水製作兩份標準的建議漂白水溶液，用於噴灑無孔隙表面或硬質表面，另外製作一份溶液，專用於浸泡兒童放入口中的玩具。一定要在每一個噴瓶上分別標註混合物成分及用途。將溶液放在兒童拿不到的地方。各類消毒溶液的測量方式請參閱下一頁。

¹ 改寫自「兒童與家庭服務辦公室醫療保健方案」(Office of Children and Family Services Health Care Plan) 附錄 E。

1 號漂白水噴劑 (專用於清潔會接觸到食物的表面)

請按照下列程序清潔和消毒無孔的硬質表面，例如桌面、檯面以及食物可能會接觸到的其他表面：

1. 以肥皂和清水清洗表面。
2. 沖洗乾淨。
3. $\frac{1}{2}$ **茶匙的漂白水兌 1 夸脫的清水**製成溶液，噴灑於表面之上，直到表面發亮。
4. 靜置 2 分鐘。
5. 以紙巾擦乾或靜置風乾。

2 號漂白水噴劑 (專用於清潔換尿布台或沾染到血液或體液的表面)

請按照下列程序清潔和消毒換尿布台或沾染到血液或體液的表面：

1. 戴上手套。
2. 以肥皂和清水清洗表面。
3. 以流動的水沖洗，直到水變清為止。
4. **湯匙的漂白水兌 1 夸脫的清水**製成溶液，噴灑於表面之上，直到表面發亮。
5. 靜置 2 分鐘。
6. 以紙巾擦乾或靜置風乾。
7. 將弄髒的清潔用品丟入塑膠袋後封起來。
8. 脫下手套，將手套丟入裝有塑膠袋的容器中。
9. 以肥皂和流動的清水徹底洗淨雙手。

漂白水浸泡溶液 (專用於消毒放入口中的玩具)

請按照下列步驟清潔及消毒兒童放入口中的玩具：

1. 以溫肥皂水清洗玩具，用刷子刷洗縫隙處和不容易清潔到的地方。
2. 以流動的水沖洗，直到水變清為止。
3. 將玩具放入 **1 茶匙漂白水兌 1 加侖清水**製成的浸泡液中。
4. 浸泡 5 分鐘。
5. 以冷水沖洗。
6. 讓玩具風乾。

消毒器材、玩具和硬質表面時，應使用 (勾選所有適合的項目)：

- 經過核准可用於消毒和殺菌的 EPA 註冊產品，請依照製造商的說明進行混合和使用。
- 每天現做的漂白水溶液
 - ◇ 1 號噴劑： $\frac{1}{2}$ 茶匙漂白水兌 1 夸脫清水
 - ◇ 2 號噴劑：**1 湯匙漂白水兌 1 夸脫清水**
 - ◇ 浸泡液：**1 茶匙漂白水兌 1 加侖清水**

外用藥



外用藥分為以下多種劑型：

- 凝膠
- 乳霜
- 藥膏
- 噴劑

除了任何針對特定藥物的指示外，塗抹外用藥時請依循下列原則：

- 如有下列情況，應戴上手套：
 - ◇ 您的手上有割傷、疥癬或傷口；
 - ◇ 兒童需上藥的皮膚部位有割傷、疥癬或傷口；
 - ◇ 需塗抹的藥物不可接觸到**您的**皮膚；或
 - ◇ 給藥時戴手套會讓您感到更舒適。
- 若是非噴劑類的外用藥，請將適量的藥物擠到您戴手套的那隻手上。
- 如需塗抹更多藥物，請先更換手套，再將藥物擠到乾淨的手套上。
- 將藥物均勻地塗抹或噴灑在皮膚上。
- 噴灑任何外用藥時，都應遮住兒童的臉部，或請兒童轉頭避開噴劑，同時要讓他們閉上眼睛。



本頁特意留白。

使用藥布



應將藥布貼在兒童皮膚上，使藥物被兒童的身體慢慢吸收。藥布的敷貼時間長短不一，因此，請務必確認應由您還是家長負責撕下藥布。

此外，您還應該知道該如何處理孩子自行撕下藥布或藥布提早脫落的情況。

除了任何針對特定藥物的指示外，敷貼藥布時請依循下列原則：

- 為兒童敷貼藥布時，請用防水筆或麥克筆在藥布上註明日期和時間。
- 戴上手套。如有下列情況，應戴上手套：
 - ◇ 您的手上有割傷、疥癬或傷口；
 - ◇ 兒童需上藥的皮膚部位有割傷、疥癬或傷口；
 - ◇ 需塗抹的藥物不可接觸到**您的**皮膚；或
 - ◇ 給藥時戴手套會讓您感到更舒適。
- 選擇敷貼新藥布的部位。應選擇沒有任何割傷或皮膚傷口的部位。除非另有指示，否則請勿重複貼在同一個部位。
- 以肥皂和清水清潔要貼藥布的部位。
- 確認該部位是否已經乾燥，然後貼上藥布。

撕下藥布時請依循下列原則：

- 戴上手套再撕藥布。
- 除非另有指示，否則請以肥皂和清水洗淨殘留在兒童皮膚上的藥物。
- 用手套將用過的貼片捲起後丟棄。



本頁特意留白。

餵口服藥



口服藥分為多種劑型，例如藥錠、口服液和口溶錠，也可能是塗抹在口內的牙齦上。

除了任何針對特定藥物的指示外，餵口服藥時請依循下列原則：

- 將藥物從容器中取出時，避免徒手觸摸藥物。將所需數量的藥錠或膠囊倒在容器的蓋子上，然後再倒入小杯子中。若倒出太多藥，請將多餘的藥物倒回藥瓶中，但不可觸摸到藥物。
- 如果您的雙手可能直接接觸到藥物（例如打開膠囊時），您必須戴上手套。是否必須戴手套取決於備藥方式，還取決於您在給藥時是否會接觸到任何體液。
- 除非經藥劑師或兒童的醫療提供者指示，否則請勿壓碎或切割藥物，也不可將膠囊打開。
- 如需將藥物混入食物中，食物量不能太大，以免兒童吃不完。
- 若兒童需吞服藥物，請看著兒童服藥，並檢查兒童的口中和舌下，確認兒童確實將藥吞下。



本頁特意留白。

測量液體藥物



測量工具上必須註明兒童的全名。工具上標示的測量值必須和指示上註明的給藥量完全一致。不可將劑量換算成不同的測量單位。

除了任何針對特定藥物的指示外，測量液體藥物時請依循下列原則：

- 若要在工具上標示正確的劑量，請務必標示在測量線旁邊，不可標在線上。
- 為避免藥物沾染標籤，從藥瓶中倒出藥物時請避開標籤。
- 請以曲度的最低點而非邊緣為準，以確保您所測量的藥量正確無誤。
- 若倒在工具中的藥物過多，請將多餘的藥物倒入乾淨的免洗杯中。
- 如需追加藥物，請不要從藥瓶取藥，而是應當用乾淨的免洗杯中的多餘藥物測量正確的劑量。
- 除非另有指示，否則您可以將多餘的藥物倒回原始容器內。

若使用藥杯：



- 將藥物倒入藥杯後，將藥杯放在平面上，眼睛平視確認藥量。
- 給藥後在藥杯內倒入少量水並攪動一下，將可能黏在藥杯內緣的藥物溶於水，之後讓兒童將水喝下。

若使用量匙：

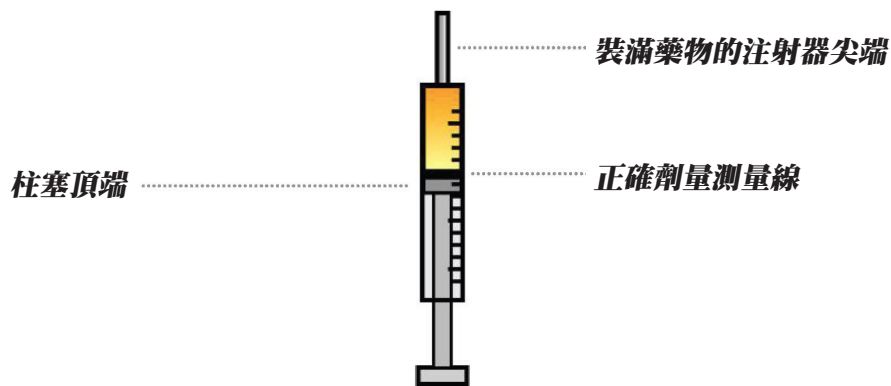


- 眼睛平視確認藥物劑量。
- 將沾在量匙外側或邊緣上的多餘藥物刮下來，確認給藥劑量正確無誤。
- 給藥後在量匙內倒入少量水並攪動一下，將可能黏在量匙內的藥物溶於水，之後讓兒童將水喝下。

若使用口服藥注射器：



- 若注射器有蓋子，請將蓋子取下並丟棄，以免噎到孩子。
- 抽取藥物時，一定要將注射器的柱塞推到底。
 - 若藥瓶裝有轉接頭，請將注射器塞入轉接頭中，然後將注射器的柱塞拉起，直到抽出正確的劑量。
 - 遵循任何其他的指示。
- 或—
- 若藥瓶**沒有**轉接頭，請將少量藥物倒入免洗杯中。
- 將注射器尖端放入免洗杯中的藥水內。
- 拉起柱塞，抽取正確劑量的藥物。
- 將柱塞的頂端拉到注射器上標示正確劑量的線上。
- 注射器的尖端必須裝滿藥物，劑量才能確保正確。



- 消除所有氣泡。消除氣泡的方式：
 - 使注射器的尖端指向天花板。
 - 輕彈注射器，讓氣泡移動到注射器的頂端。
 - 慢慢推動柱塞，直到氣泡消失為止。
 - 若注射器尖端偏移，可能需要調整注射器的角度才能將所有氣泡推出。
- 再次眼睛平視查看注射器，確認劑量是否正確無誤。
- 將沾在注射器外側的藥物擦掉，確認給藥劑量正確無誤。
- 小心地將注射器放入兒童口中，置於後方牙齦和臉頰之間。一次推出的量不可超過兒童的吞嚥能力。



講義 7.4

清潔給藥工具

給藥工具一定要保持乾淨。這樣能夠避免給錯劑量，也能預防感染。您可以使用洗碗精和清水清洗藥杯、量匙、口服注射器及藥丸磨粉器。切勿將口服藥注射器放入洗碗機內。



本頁特意留白。

給口吸藥



給口吸藥時可使用的工具包括吸入器、附延伸管的吸入器、霧化器等等。

除了任何針對特定藥物的指示外，給口吸藥時請依循下列原則：

定量吸入器，定量吸入器用於讓使用者按精準的劑量將多劑量容器中的藥物吸入肺臟。

使用定量吸入器時，戴手套。如有下列情況，應戴手套：

- ◇ 您的手上有割傷、疥癬或傷口；
 - ◇ 您的雙手可能會接觸到兒童的黏液；
 - ◇ 需給予的藥物不可接觸到**您的**皮膚；或
 - ◇ 給藥時戴手套會讓您感到更舒適。
- 拆下蓋子後，先確認吸口沒有任何異物再使用。
 - 閱讀包裝上的指示。多數吸入器使用前必須先搖晃。
 - 請兒童按照包裝上的指示吸入。
 - 若兒童需要兩次或更多次噴吸，請遵循指示中註明的給藥間隔。
 - 兒童使用吸入器時一定要看著兒童。
 - 檢查 MDI 上的計數器，確認剩下多少劑量。有些吸入器在容器內的藥物用完後仍可繼續噴霧，因此，請和家長討論您是否需要計算給予的噴吸次數。

延伸管可以長時間儲存藥物，讓兒童有足量藥物，能夠進行多次噴吸。

為避免因藥物殘留散播細菌或造成劑量錯誤，吸入器和延伸管一定要保持乾淨。請依照下列指示進行清洗。切勿將藥罐放入水中。

噴霧器噴霧器是一種氣體壓縮裝置，能夠將液體藥物轉化成霧態後均勻噴散，讓患者經口和/或經鼻吸入。

使用噴霧器時，請務必瞭解如何組裝噴霧器零件及使用噴霧器。

- 確認沒有遺漏任何噴霧器零件。
- 打開機器電源，確認能否正常運作。
- 按照製造商的指示，將管子和噴霧器零件連接到壓縮裝置。



講義 7.5

- 噴霧器用藥以單劑藥瓶盛裝。請務必閱讀醫療提供者的指示。閱讀並遵行保存指示，因為多數噴霧器用藥皆須保存在光線較暗的地方。
- 戴手套。
- 治療全程都要看著兒童，確認對方吸入所有藥物。

為避免因藥物殘留散播細菌或造成劑量錯誤，噴霧器和零件一定要保持乾淨。請依照製造商的指示進行清洗。

共用噴霧器

除非噴霧器上標明「限單一患者使用」，否則您可以讓計畫中的兩名或兩名以上兒童共用噴霧器。請務必確認家長是否同意共用噴霧器。

每名兒童藥都必須有自己專用的管子、藥杯和吸口或面罩。請將這些用具存放在單獨標示的袋子裡。此外，一定要遵行製造商的使用與保養指示。

給鼻吸藥



藥物可以使用噴滴裝置經鼻吸入體內。

除了任何針對特定藥物的指示外，給鼻吸藥時請依循下列原則：

- 戴上手套。如有下列情況，應戴上手套：
 - ◇ 您的手上有割傷、疥癬或傷口；
 - ◇ 您的雙手可能會接觸到兒童的黏液；
 - ◇ 需給予的藥物不可接觸到**您的**皮膚；或
 - ◇ 給藥時戴手套會讓您感到更舒適。
- 建議讓兒童擤鼻涕，或擦去任何可見的黏液。
- 告訴兒童他們可能會嘗到滴劑或噴劑的味道。
- 讓兒童將頭部稍微向後仰。
- 使用滴瓶時，請將兒童的鼻尖輕輕往上推，以便看清楚鼻孔，將藥瓶尖端稍微放入鼻內即可。
- 若使用鼻噴劑，給藥時請將另一邊的鼻孔塞住，以便兒童能夠正確地吸入藥物。
- 給藥後，請將滴管尖端或噴瓶尖端擦乾淨。



本頁特意留白。

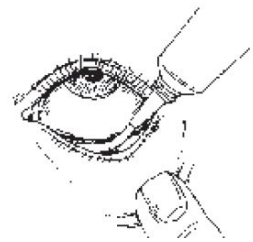
給眼藥



眼藥分為滴劑或藥膏兩種。

除了任何針對特定藥物的指示外，給眼藥時請依循下列原則：

- 若只有單眼需要用藥，請小心，一定要對正確的那一只眼給藥。請記住，若兒童面朝您的方向，在您左手邊的眼睛實際上是兒童的右眼，因此一定要確認哪一隻眼睛是正確的。
- 戴手套。如有下列情況，應戴手套：
 - ◇ 您的手上有割傷、疥癬或傷口；
 - ◇ 您的雙手可能會接觸到兒童的黏液；
 - ◇ 需給予的藥物不可接觸到**您的**皮膚；或
 - ◇ 給藥時戴手套會讓您感到更舒適。
- 以乾淨的面紙將兒童的眼睛擦乾淨 (從內側眼角向外緣擦拭)。
- 讓兒童坐下或躺下。年紀較大的兒童通常可以坐著滴藥。若是年紀較小的兒童，請兒童躺下會比較容易給藥。
- 單手撐開兒童的下眼瞼。
- 用另一隻手將藥物滴在兒童下眼瞼的眼袋內。**不可將藥物直接滴在眼球上。**
- 兒童點眼藥時往往會眨眼。若藥滴完全沒有進入兒童的眼內，可以再滴一次。只要眼中有藥，無論多寡，都不要再次給藥。
- 若是給藥膏，請從眼內最接近兒童鼻子處開始，朝兒童的耳朵方向擠藥。





本頁特意留白。

給耳藥



除了任何針對特定藥物的指示外，給耳藥時請依循下列原則：

- 若兒童耳部的外緣有結痂或耳垢，請戴上手套，用拋棄式紙巾將結痂或耳垢輕輕擦掉。不可將任何東西放入兒童的耳道內。
- 許多耳用滴劑需存放在冰箱中，因此，請務必先將藥瓶置於雙手手心滾動，讓藥物回溫。
- 準備滴耳藥時，請將兒童的耳道拉直。

- **若兒童未滿 3 歲：**
拉住耳垂，輕輕地
向下並向後拉。



- **若是 3 歲以上的兒童：**
拉住耳朵上半部後，
輕輕地向下並向後拉。



- 滴入藥物，讓藥物沿著耳道側面滾入耳內。請注意，不可直接將藥物滴入耳內。這麼做可能會讓兒童感到疼痛，甚至會出現噁心或頭昏眼花的症狀。



本頁特意留白。



技巧練習情境： 餵口服液



情境

Michelle Lewis 在您的計畫中的一名三歲兒童。她的耳朵出現感染症狀，需要每天下午 2 點滴一種名為安莫西林的抗生素，連續滴兩週。她的母親給了您一個給藥用的藥杯。

現在是 10 月 4 日下午 1:50。

請按照隨附的書面說明為 Michelle 點藥。



本頁特意留白。



技巧練習 7.2

OCFS-LDSS-7002 (2015 年 5 月) 正面

紐約州 (NEW YORK STATE)
兒童與家庭服務辦公室 (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

藥物同意表
兒童日托計畫

- 此表單係在施放以下藥物時，用於遵守同意要求之用：處方藥物、口服非處方藥、醫療貼片，以及眼部、耳部或鼻部之滴劑與噴劑。
- 僅有具備施放藥物給日托孩童的認證之工作人員得以為之。
- 每次施藥必須完成一份表單。不得在同張表單中列出數種藥物。
- 針對未滿 5 歲之孩童，同意表應至少每隔六個月重新授權一次，而 5 歲以上之孩童則應至少每 12 個月重新授權一次。

由獲授權之合格開立處方者來完成此部分 (#1 - #18) 並在需要時完成 (#33 - 35)。

1. 孩童的姓名： Michelle Lewis		2. 出生日期： 9/19/XX		3. 孩童的已知過敏情形： 無	
4. 藥物名稱 (包含強度)： Amoxicillin 懸浮劑 250mg/5ml			5. 施藥數量/劑量： 1 茶匙		6. 施藥方式： 口服
7A. 施藥頻率： 下午 2 點					
或者					
7B. 指出必須施放藥物之症狀：(必須為可觀察之病徵與症狀，如若可能，最好有可量測之指標)： _____					
8A. 可能產生的副作用： <input checked="" type="checkbox"/> 請參閱包裝附件來找出可能副作用之完整列表 (家長必須提供)					
和/或					
8B. 其他副作用： _____					
9. 若發現副作用，托兒服務者應採取什麼舉措： <input checked="" type="checkbox"/> 聯絡家長 <input type="checkbox"/> 透過下方所提供的電話號碼聯絡醫療提供者 <input type="checkbox"/> 其他 (請詳述)： _____					
10A. 特殊指示： <input type="checkbox"/> 請參閱包裝附件來找出特殊指示之完整列表 (家長必須提供)					
和/或					
10B. 其他特殊指示：(包含與孩童所接受的其他藥物發生反應相關的任何疑慮，或考量到孩童年齡、過敏情形或任何既有病症，在使用藥物時的疑慮。同時請詳述不該施放藥物之情況。) _____					
11. 用藥之理由 (除非法律規定保密)： 耳部感染					
12. 上述孩童是否有生理上、發展上、行為上或情緒上的慢性病情，此類病情預計會持續 12 個月以上，並且需要超出一般孩童所需的特定種類或數量之健康或相關服務？ <input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 若您勾選了是，請完成此表單背面的 (#33 與 #35)。					
13. 此同意書上的指示是否跟前醫囑上所述之施藥劑量、時間或頻率有所出入？ <input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 若您勾選了是，請完成此表單背面的 (#34 與 #35)。					
14. 授權醫療提供者之日期： 10/1/XX			15. 停藥日期或給藥的時間範圍： 14 天		
16. 獲授權之合格開立處方者姓名 (請以正楷填寫)： Nancy Wallace, MD				17. 獲授權之合格開立處方者電話號碼： (914) 564-9832	
18. 獲授權之合格開立處方者簽名： X Nancy Wallace, MD					



技巧練習 7.2

OCFS-LDSS-7002 (2015 年 5 月) 背面

紐約州 (NEW YORK STATE)
兒童與家庭服務辦公室 (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

藥物同意表
兒童日托計畫

家長須完成以下部分 (#19 - #23)

19. 若已完成 #7A 部分，指示當中是否有指明施放藥物的確切時間？(例如，獲授權之合格開立處方者是否寫下了中午 12 點?) 是 不適用 否
寫下孩童日托計畫要施放藥物的確切時間 (例如：中午 12 點)：_____

20. 本人，家長，授權日托計畫根據本表單正面所述之條件，施放藥物給 (孩童姓名)：
Michelle Lewis

21. 家長姓名 (請以正楷填寫)： Jennifer LaBarge	22. 授權日期： 10/1/XX
--	----------------------

23. 家長簽名：
X Jennifer LaBarge

兒童日托計畫須完成以下部分 (#24 - #30)

24. 計畫名稱： ABC Child Care	25. 機構識別碼： 01376 DCC	26. 計畫電話號碼： (212) 555-8363
-----------------------------	-------------------------	-------------------------------

27. 我已確認完成 (#1 - #23)，並在適用情況下完成了 (#33 - #36)。我的簽名代表所有給出此藥物的必需資訊皆已提供給日托計畫。

28. 工作人員姓名 (請以正楷填寫)： Anne Barber	29. 從家長處接獲之日期： 10/2/XX
-------------------------------------	---------------------------

30. 工作人員簽名：
X Anne Barber

僅在家長要求在 (#15) 所指明的日期前停藥時，才須完成以下部分 (#31 - #32)。

31. 本人，家長，要求此同意表中所指明的藥物在下列日期以後停止施放 _____ (日期)
停止施放藥物后，我了解若我的孩童未來需要此藥物，則必須完成新的書面藥物同意表。

32. 家長簽名：
X

若需要，經授權之合格開立處方者須完成以下部分 (#33 - #35)

33. 請詳細描述為照顧此孩童，日托計畫工作人員所需的額外訓練、程序或能力。

34. 因為可能存在藥局在先前處方藥劑完全用盡之前，不會為了劑量、服用時間或頻率方面之變更而為新處方給藥的情形，所以請指出您囑咐要變更處方藥施藥方式的日期。
日期：_____

完成此部分後，在新處方給藥之前，日托計畫將會遵循此表單上的書面指示而非藥局標籤上的指示。

35. 獲授權之合格開立處方者簽名：
X



技巧練習 7.3

OCFS-LDSS-7004 (2014 年 5 月) 正面

紐約州 (NEW YORK STATE)
兒童與家庭服務辦公室 (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

藥物施放記錄

- 看護者可使用此表單或經許可的同等文件來記錄日托計畫中所施放的藥物。
- 此文件必須與孩童的書面藥物同意書一同存放。
- 任何列於下方的藥物，若未給藥，則必須記錄。

孩童姓名： Michelle Lewis

藥物：(包含劑量)

Amoxicillin 懸浮劑 (250mg/5ml)
1 茶匙

在所有藥物給藥完畢時填寫				在發現副作用時填寫		僅在施放「需要時使用」的藥物時填寫	
給藥日期 (月/日/年)	劑量	時間 (上午或下午)	施藥者 (完整簽名)	任何已發現 之副作用	是否已通知 家長有此類 副作用？	若為「需要時使用」的藥物－ 請寫下若要施放此藥物， 孩童必須表現出何種症狀	施放「需要 時使用」的 藥物時是否 有通知家長
10/2/XX	1 茶匙	2:00 <input type="checkbox"/> 上午 <input checked="" type="checkbox"/> 下午	Anne Barber		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
10/3/XX	1 茶匙	2:00 <input type="checkbox"/> 上午 <input checked="" type="checkbox"/> 下午	Anne Barber		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

藥物名稱：AMOXICILLIN SUS 250/5ML

學名：AMOXICILLIN (阿莫西林)

用藥方式：遵照醫師提供的用藥說明。用藥前請晃勻。使用標記藥物劑量的測量器材。若不確定該如何測量，請向藥劑師洽詢。您可以將本藥混入牛奶或配方奶後再服用。若將本藥混入牛奶或配方奶中，請在混勻後立刻服用。本藥可在飯前或飯後服用。冷藏會讓本藥的味道更好，但並非必需。與室溫保存相比，本藥物冷藏可以延長保存期限（視品牌而定）。請參閱藥瓶或向藥劑師詢問，確認是否能以室溫保存本藥物（以及可以保存多久）。為徹底根治感染症狀，即使您在服藥數日後即感覺症狀好轉，仍請繼續服用本藥，直到完整療程結束。不可漏服任何一劑。若漏服一劑藥，請盡快服用。若已接近服用下一劑藥的時間，請跳過漏服的那一劑，繼續按照正常的服藥時間服藥。不可一次服用兩劑。

小心：若盤尼西林類抗生素（例如安莫西林、氨比西林）或頭孢菌素類抗生素（例如頭孢克洛、頭孢氨苄、頭孢c辛、頭孢羥氨苄）會令您出現嚴重過敏反應，請勿服用本藥。嚴重過敏反應包括嚴重發疹、蕁麻疹、呼吸困難或頭昏眼花。若不確定您是否會對本藥物過敏，請聯絡醫師或藥劑師。若在接受本藥物治療期間或之後出現中度到重度的腹瀉症狀，請告知醫師或藥劑師。不可使用非處方藥（成藥）治療。若您感覺呼吸困難或胸悶；眼皮、臉部或唇部腫脹；或者蕁麻疹發作，請立即告知醫師。除非醫師要您繼續服用本藥，否則請勿繼續服藥。本藥物可能會使牙齒暫時變色。正確的刷牙方式通常能夠使牙齒恢復正常色，而且可以避免再度變色。若您患有糖尿病，本藥物可能會導致某些尿糖檢驗出現不準確的檢驗結果。調整糖尿病藥物劑量或改變飲食習慣之前，請先向醫師洽詢。

可能的副作用：以下副作用可能會在治療期間消失：噁心、嘔吐、輕微腹瀉或口腔/喉嚨有刺激感。若症狀持續或令您感到困擾，請向醫師洽詢。若出現陰道發炎或有分泌物的情況，請盡快告知醫師。本藥極少出現過敏反應，但若出現過敏反應，請立即就醫。過敏反應的症狀包括起疹子、發癢、腫脹、頭昏眼花或呼吸困難。若您還注意到出現其他未列於上方的作用，請與醫師、護士或藥劑師聯絡。

使用本藥物前：某些藥物或症狀可能會與本藥物出現交互作用。請向醫師或藥劑師告知您目前正在服用的所有處方藥和成藥。若您同時在服用四環黴素類的抗生素，請勿服用本藥。若您在服用抗凝血劑或氨甲蝶呤，則需特別注意您服用的劑量或症狀。如有任何其他症狀或過敏現象，請告知醫師。若您對於服用本藥有任何疑問，請聯絡醫師或藥劑師。

服藥過量：若疑似服藥過量，請立即聯絡當地毒物控制中心或急診室。劑量過高的症狀包括噁心、嘔吐以及腹瀉。

其他資訊：若您的症狀數天後仍沒有改善，或者變得更嚴重，請告知醫師。不可將本藥物給沒有處方的人用。不可以用本藥物治療其他健康問題。請將本藥物放在兒童拿不到的地方。

本說明中的資訊並未涵蓋藥物的所有可能用途、指示、注意事項、相互作用或副作用，屬一般資訊，而非具體資訊。具體資訊請洽詢您的醫師、藥劑師或護士。



本頁特意留白。



技巧示範評估表



請記住，參與人示範技巧時，您不能給予任何口頭或非口頭的提示。參與人順利完成每個步驟後，請在對應的方塊中打√。若參與人未能完成某個步驟，請勿勾選該步驟的方塊。若參與人在進行某個步驟時犯錯，請寫下您觀察到的情形。

示範者姓名：_____

嘗試： 第 1 次 第 2 次

評估者姓名：_____

準備給藥	
參與人必須先完成下列步驟，然後才能對兒童給藥。各步驟不分先後順序，參與人只要在給藥之前完成所有步驟即可。	
任務	技巧示範情況
核對 Michelle 的藥物施放記錄，確認還沒有給過藥。	
找到 Michelle，確認她已經準備好用藥。	
說明已經將自己和 Michelle 的手洗乾淨。	
<p>帶著同意書前往藥物存放區域，進行五正確核對，找到正確的藥物。進行五正確核對時，參與人對照同意書和藥物包裝或標籤，並且一邊核對一邊大聲說出每一項「正確」的內容（例如正確的藥物是安莫西林，並且將同意書和藥物標籤上寫明此項資訊的位置指給您看）。</p> <p>若參與人正確地說出了五正確中的每一項，請勾選下方的所有方塊：</p> <p><input type="checkbox"/>Michelle Lewis <input type="checkbox"/>安莫西林懸浮劑 250mg/5ml <input type="checkbox"/>1 茶匙 <input type="checkbox"/>口服 <input type="checkbox"/>下午 2 點</p>	
確認藥物或藥局標籤上的失效日期。	
<input checked="" type="checkbox"/> 若參與人在對兒童給藥之前順利拿到準備給予的藥物，請勾選此方塊。	



技巧練習 7.5

給藥	
任務	技巧示範情況
將藥物晃勻。	
將少量藥物倒在乾淨的杯子中，倒出藥物時避開標籤位置。	
將藥物倒在藥杯中，將藥杯放在平面上，眼睛平視檢查劑量是否正確無誤。	
查看同意書和藥物包裝或標籤，完成 五正確 核對之後，再將藥物給 Michelle。 參與人一邊核對一邊大聲說出「五正確」中的每一項。 若參與人正確地說出了 五正確 中的每一項，請勾選下方的所有方塊： <input type="checkbox"/> Michelle Lewis <input type="checkbox"/> 安莫西林懸浮劑 250mg/5ml <input type="checkbox"/> 1 茶匙 <input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 下午 2 點	
將藥物給 Michelle。	
在杯中倒入少量的水，將黏在杯內的藥物溶於水中，然後讓 Michelle 服下。	
<input checked="" type="checkbox"/> 若參與人順利讓兒童用藥，請勾選此方塊。	



技巧練習 7.5

做藥物施放記錄	
任務	技巧示範情況
給藥過後，參與人立即在 Michelle 的藥物施放記錄中正確詳細地寫下給藥資訊。 日期： 10/04/XXXX 劑量： 1 茶匙 時間： 下午 1:50 (可根據給藥所花的時間調整)—必須註明上午/下午 簽名： 必須在指定位置簽名	
查看同意書和藥物包裝或標籤，完成 五正確 核對。參與人一邊核對一邊大聲說出「五正確」中的每一項。 若參與人正確地說出了五正確中的每一項，請勾選下方的所有方塊： <input type="checkbox"/> Michelle Lewis <input type="checkbox"/> 安莫西林懸浮劑 250mg/5ml <input type="checkbox"/> 1 茶匙 <input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 下午 2 點	
參與人從安全存放區域取出藥物後，沒有將藥物擱置不顧，而是在寫下給藥資訊後 立刻 將藥物放回安全存放區域。	
將藥杯中剩下的藥物倒回藥瓶中，或使用正確的技巧將剩餘的藥物丟棄。	
口述說明已經將自己和 Michelle 的手洗乾淨。	
<input checked="" type="checkbox"/> 若參與人在對兒童給藥之前順利拿到準備給予的藥物，請勾選此方塊。	

參與人的分數：

合格

不合格 (理由： _____)

未完成 (理由： _____)

評分者簽名： _____



本頁特意留白。



技巧練習工具： 五正確核對



給藥是一項非常重要的工作。瞭解**五正確**標準還不夠。給藥前，您必須核對藥物上註明的兒童姓名、藥物、給藥途徑、時間和劑量與同意書上註明的資訊一致，確定沒有給錯藥。這就是**五正確**核對。

進行**五正確**核對時應記住下列事項：

兒童正確

- 核對同意書中註明的兒童姓名以及寫在藥局標籤或包裝上的姓名是否與您的給藥對象相符。

藥物正確

- 確認容器標籤上所列的藥物與藥物同意書中註明的藥物是否一致。請仔細核對，因為藥物名稱的讀音或拼法相似，但卻是兩種完全不同的藥物。
- 有些藥物 (例如吸入劑、EpiPens® 和乳霜) 會裝在盒子裡，盒子上貼有藥局標籤。請務必將藥物容器從貼有標籤的盒子取出，然後核對容器上的藥物名稱與標籤上的藥物名稱是否一致，包括單位含量。



劑量正確

- 核對同意書中註明的劑量以及寫在藥局標籤或包裝上的劑量，確認是否與您準備給予的劑量一致。

途徑正確

- 核對同意書中註明的途徑以及寫在藥局標籤或包裝上的途徑，確認是否與您準備的給藥途徑一致。

時間正確

- 核對藥物同意書中註明的時間以及寫在藥局標籤和包裝上的時間，確認是否與當時的時間一致。請記住，若醫療提供者並未註明給藥的時間 (例如中午 12:00)，請查看同意書背面，瞭解家長寫下的給藥時間。
- 若是按照兒童的需要給藥，而不是在特定時間給藥，請核對同意書中註明的資訊，確認是否與該名兒童的症狀一致。例如，若指示資訊註明兒童發燒高於 101°F 以上時應給予 Tylenol®，那麼當兒童發燒到 102°F 時，就是該給藥的正確時機。



技巧練習工具： 安全給藥



您知道，確認同意書上註明的**五正確**內容與藥物標籤或包裝上的資訊是否一致非常重要。在進行以下三項工作時您需要分別確認一次這些資訊：

1. 準備給藥時：

- 查看兒童的記錄，確認兒童尚未服藥。
- 核對兒童的身分，並且確認兒童已經做好服藥準備。
- 將您自己和兒童的雙手洗淨。
- 兒童準備就緒後，將該名兒童的同意書帶到存放藥物的地方，然後進行**五正確**核對。
 - 兒童全名
 - 藥物
 - 劑量
 - 途徑
 - 時間
- 將藥物從存放區域取出後，不可置於兒童可以拿到的地方。
- 核對指示和包裝資訊，確認是否有任何特殊的給藥指示，例如給藥時間應在餐後還是餐前。
- 若您當天尚未核對同意書和藥物上的失效日期，請在此時確認。
- 按照指示準備藥物。藥物準備因給藥方式和藥物而異。如有必要請查看包裝或包裝內附的說明書。

2. 給藥時：

- 進行**五正確**核對。
 - 兒童全名
 - 藥物
 - 劑量
 - 途徑
 - 時間
- 按照包裝、同意書以及任何特殊指示上註明的指示給藥(請參閱講義 7.1 – 7.8)。

3. 做藥物施放記錄時：

- 將藥物收回存放區域或讓兒童回到班上之前，應在兒童的記錄中寫下藥物施放記錄。
- 進行**五正確**核對。
 - 兒童全名
 - 藥物
 - 劑量
 - 途徑
 - 時間
- 應立即將藥物收回存放區域。
- 再次清洗您自己和兒童的雙手。
- 協助兒童回到班上。



技巧練習工具： 測量液體藥物



測量工具上必須註明兒童的全名。工具上標示的測量值必須和指示上註明的給藥量完全一致。不可將劑量換算成不同的測量單位。

除了任何針對特定藥物的指示外，測量液體藥物時請依循下列原則：

- 若要在工具上標示正確的劑量，請務必標示在測量線旁邊，不可標在線上。
- 為避免藥物沾染標籤，從藥瓶中倒出藥物時請避開標籤。
- 請以曲度的最低點而非邊緣為準，以確保您所測量的藥量正確無誤。
- 若倒在工具中的藥物過多，請將多餘的藥物倒入乾淨的免洗杯中。
- 如需追加藥物，請不要從藥瓶取藥，而是應當用乾淨的免洗杯中的多餘藥物測量正確的劑量。
- 除非另有指示，否則您可以將多餘的藥物倒回原始容器內。

若使用藥杯：



- 將藥物倒入藥杯後，將藥杯放在平面上，眼睛平視確認藥量。
- 給藥後在藥杯內倒入少量水並攪動一下，將可能黏在藥杯內緣的藥物溶於水，之後讓兒童將水喝下。

若使用量匙：

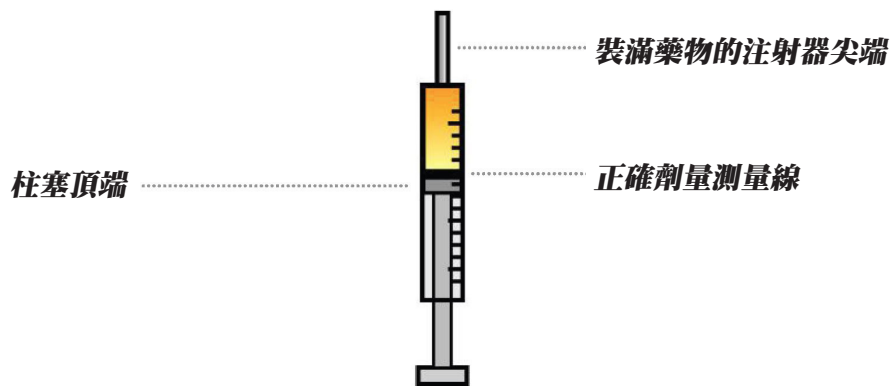


- 眼睛平視確認藥物劑量。
- 將沾在量匙外側或邊緣上的多餘藥物擦掉，確認給藥劑量正確無誤。
- 給藥後在量匙內倒入少量水並攪動一下，將可能黏在量匙內的藥物溶於水，之後讓兒童將水喝下。

若使用口服藥注射器：



- 若注射器有蓋子，請將蓋子取下並丟棄，以免噎到孩子。
- 抽取藥物時，一定要將注射器的柱塞推到底。
 - 若藥瓶裝有轉接頭，請將注射器塞入轉接頭中，然後將注射器的柱塞拉起，直到抽出正確的劑量。
 - 遵循任何其他的指示。
- 或—
- 若藥瓶**沒有**轉接頭，請將少量藥物倒入免洗杯中。
- 將注射器尖端放入免洗杯中的藥水內。
- 拉起柱塞，抽取正確劑量的藥物。
- 將柱塞的頂端拉到注射器上標示正確劑量的線上。
- 注射器的尖端必須裝滿藥物，劑量才能確保正確。



- 消除所有氣泡。消除氣泡的方式：
 - 使注射器的尖端指向天花板。
 - 輕彈注射器，讓氣泡移動到注射器的頂端。
 - 慢慢推動柱塞，直到氣泡消失為止。
 - 若注射器尖端偏移，可能需要調整注射器的角度才能將所有氣泡推出。
- 再次眼睛平視查看注射器，確認劑量是否正確無誤。
- 將沾在注射器外側的藥物擦掉，確認給藥劑量正確無誤。
- 小心地將注射器放入兒童口中，置於後方牙齦和臉頰之間。一次推出的量不可超過兒童的吞嚥能力。



技巧練習 7.6

清潔給藥工具

給藥工具一定要保持乾淨。這樣能夠避免給錯劑量，也能預防感染。您可以使用洗碗精和清水清洗藥杯、量匙、口服注射器及藥丸磨粉器。切勿將口服藥注射器放入洗碗機內。



本頁特意留白。

哮喘資訊



- 氣喘是一種慢性的肺部疾病。
- 每一個兒童哮喘時的症狀均不一樣，但最普遍的情況是不斷咳嗽、喘鳴、呼吸急促和胸悶。這些症狀是因為呼吸道腫脹 (發炎) 所致。呼吸道會因為腫脹而變得異常敏感，而且通常會對環境中的特定物質 (稱為誘發因子) 表現出非常劇烈的反應。
- 哮喘無法根治，但只要照顧得當可加以控制。

誘發因子是指引發哮喘的東西。可能是病毒或環境中其他會刺激兒童免疫系統並讓呼吸道發炎的物質。感冒容易誘發幼兒哮喘，但除此之外，會誘發哮喘症狀的誘發因子因兒童而異。會刺激某個兒童的物質，在其他兒童身上可能絲毫不起作用。同時，引發因子也可能隨著兒童年齡的增長而改變。若瞭解哪些引發因子會誘發兒童哮喘，就可以幫助兒童避開這些刺激物，降低兒童哮喘發作的風險。引發因子可能包括：

引發因子	預防方式
呼吸道疾病，例如感冒或流感 感冒是最容易誘發幼兒哮喘的因素。	遵行正確的洗手程序；清洗並消毒玩具和表面； 接種流感疫苗
抽菸	兒童照護區域一律禁菸。不可穿著聞起來有菸味的衣物。
蟑螂和嚙齒動物糞便	廚房區域保持乾淨；將管線內和周遭的縫隙封起來；封住鼠洞。
黴菌	預防漏水；經常檢查浴室是否孳生黴菌。
灰塵、塵蹣	盡量減少灰塵；兒童離開後要吸塵；以全濕/半濕的布拖地。
寵物毛屑	避免寵物進入托兒區域。
香水	不可使用香水或其他味道濃烈的產品。
情緒，例如興奮或焦慮	避免極端情緒。
運動	在運動前給藥 (若兒童的醫療提供者有指示)。
草地和樹木的花粉	和家長討論兒童在戶外以及花粉量較高時能最有效減少刺激的方式。盡量減少兒童照護區域的花粉量；兒童離開後要吸塵；以全濕/半濕的布拖地。
冷空氣、濕氣以及天氣變化	穿著適當的衣物；避免溫度劇烈變化的環境。



講義 8.1

早期警訊是指哮喘發作之前出現的輕微症狀。發現早期警訊很有助益，使您能夠迅速採取因應措施。及早採取措施可降低哮喘發作的嚴重程度，甚至完全預防哮喘發作。早期警訊因兒童而異，因此，瞭解每位兒童可能會出現的早期警訊非常重要。常見的早期警訊包括：

- 行為改變，例如緊張；
- 咳嗽；
- 鼻塞或流鼻水；
- 頭痛；
- 疲倦；
- 流淚、喉嚨或下巴發癢。

哮喘發作的警訊和症狀：

- 躁動不安或害怕
- 呼吸急促或有異
- 喘鳴
- 咳嗽不止
- 躺下時呼吸困難
- 坐著時肩膀會拱起
- 皮膚異常蒼白

控制哮喘發作：

- 將兒童與哮喘刺激物隔離。
- 安撫兒童，減輕焦慮感。
- 按照兒童醫療提供者的指示給藥 (參閱該名兒童的藥物同意書)。
- 打電話給該名兒童的家長或監護人。
- 遵行該名兒童的哮喘照護方案。
- 視兒童的嚴重程度決定是否撥打 911。

哮喘治療



治療哮喘的藥物

許多罹患哮喘的兒童需要在特定時間點服藥。有些兒童需要服用複合藥物來控制哮喘症狀。哮喘藥分為兩類。

控制型藥物：

這些藥物能夠控制哮喘，而且能夠預防哮喘發作。有些兒童可能需要定期服藥才能預防哮喘發作。這些藥物需定期服用，通常是每天服用。對於患有持續性哮喘的兒童，每天使用吸入式類固醇藥物是最有效的治療方式。

迅速舒緩/起效型藥物：

有些兒童只需要在哮喘發作或預防運動引起的哮喘發作時服藥。這些藥物能夠迅速舒緩哮喘症狀，但無法改善呼吸道發炎或呼吸道敏感問題。

哮喘藥的給藥方式

哮喘藥通常為吸入式。兒童的用藥方式取決於藥物類型和兒童的年齡。

噴霧器：

噴霧器能夠將藥水霧化成霧氣，讓患者吸入肺部。兒童使用噴霧器時可正常呼吸。

定量吸入器：

定量吸入器 (MDI) 用於使藥物直接進入兒童的肺部。

帶延伸管的定量吸入器：

定量吸入器 (MDI) 可以加裝延伸管。推動 MDI 時，藥物會被推入延伸管的管子內。之後，兒童可以透過多次呼吸將延伸管中的藥輕鬆吸入。

乾粉吸入器：

乾粉吸入器用於將乾燥的藥粉直接送入肺臟。乾粉吸入器的原理與定量吸入器不同，這種吸入器會在兒童吸氣時啟動。

口服藥：

可單獨開立處方口服藥，也可與吸入式藥物一起開。

尖峰流速計

對於患有持續性哮喘的學齡兒童，可以使用尖峰流速計追蹤控制哮喘的成效。尖峰流速計是一種攜帶型的手持裝置，用於測量兒童將空氣推入肺部的強度和速度。尖峰流速計測量值是協助控制兒童哮喘症狀的重要資訊。



本頁特意留白。

哮喘兒童照護方案範例



兒童姓名：_____

出生日期：_____

這份方案能夠協助您瞭解引發兒童哮喘的因子、早期警訊，以及哮喘發作時的症狀。方案中包括照護期間兒童哮喘發作時您應採取的處理方式。

若兒童需服用藥物，請遵行藥物同意書的指示。

該名兒童**已知的哮喘引發因子** (圈選所有符合的項目)：

感冒

興奮

黴菌

天氣變化

運動

動物

樹木花粉

菸味

灰塵

食物：_____

濃烈的氣味

草

其他：_____

花朵

該名兒童過去需要特別注意的**活動** (圈選所有符合的項目)：

室外

室內

天冷或風大時在室外活動

煤油/木炭爐

在樹葉堆中跳躍

開暖氣的房間

動物

粉刷或翻修

激烈跑步

使用粉筆、黏膠製作的美術作品

園藝

照顧寵物

在剛修剪過的草地玩耍

坐在地毯上

剛處理過的草坪

其他：_____

其他：_____

該名兒童哮喘的**早期警訊** (圈選所有符合的項目)：

行為改變，例如緊張

頭痛

呼吸急促

疲倦

喘鳴、咳嗽

尖峰流量計讀數出現變化

鼻塞或流鼻水

流眼淚、喉嚨或下巴發癢

其他：_____



講義 8.3

該名兒童哮喘發作時的常見警訊和症狀 (圈選所有符合的項目)：

- | | |
|------------|----------------|
| 疲倦 | 焦躁不安 |
| 臉部發紅、蒼白或腫脹 | 鼻孔外擴 |
| 發出呼嚕聲 | 張著嘴巴 (大口喘氣) |
| 呼吸速度變快 | 咳嗽不止 |
| 喘鳴 | 抱怨胸痛/胸悶 |
| 坐立不安 | 嘴唇或指甲顏色轉灰或轉藍 |
| 出現黑眼圈 | 玩耍、吃、喝、說話時出現困難 |
| 胸口/頸部會凹陷 | 其他：_____ |

尖峰流速計

該名兒童是否使用**尖峰流速計**監測照護期間的用藥需求？是 否

- 個人最佳讀數....._____
- 需追加一劑藥的讀數....._____ (參閱該兒童的藥物同意書所註明的指示)。
- 需就醫的讀數....._____

該名兒童需要醫師進行緊急哮喘護理的頻率是多少？

- 過去 3 月內？ _____
- 過去 12 個月內？ _____

工作人員

註明負責照護該名兒童的工作人員：

姓名	資格鑑定或專業執照資訊*

說明上面所列人員照護該名兒童所需的任何其他訓練、程序或能力。另說明如何獲得這些訓練和能力，包括由誰提供訓練。若兒童需借助尖峰流速計控制哮喘，則應包括使用尖峰流速計的訓練。



兒童哮喘發作時的因應措施：

1. 將兒童與已知的刺激物隔離。
2. 按照醫療提供者的指示給予哮喘藥。
3. 給藥後立即通知家長。
4. 如有下列情況，應立即前往急診就醫：
 - 兒童接受治療後經過 15 分鐘仍未改善，而且聯絡不到家人；
 - 或**
 - 兒童接受治療後：
 - ◇ 發出呼嚕聲或呼吸困難；
 - ◇ 不想玩耍；
 - ◇ 休息時呼吸急促 (每分鐘 >50 次)
 - ◇ 嘴唇或指甲顏色轉灰或轉藍；
 - ◇ 走路或說話出現困難；
 - ◇ 哭聲變小而且短促；
 - ◇ 鼻孔張開得比平常大；
 - ◇ 拱背才能呼吸；
 - ◇ 呼吸時胸口或頸部皮膚凹陷；
 - ◇ 異常焦躁不安或想睡；
 - ◇ 失去知覺或停止呼吸。

授權計畫代表人的簽名：

本人瞭解，本人有責任遵循以上方案及所有與本人提供的日托服務相關的健康和感染防治日托管理條例。本方案是與兒童家長及醫療提供者密切配合所擬定。*本人瞭解，本人有責任確認本醫療保健計畫書中兒童的治療及給藥人員持有有效的 MAT 證書、CPR 和急救資格鑑定書 (如適用)，或者持有不需接受訓練的執照；接受過所需的任何其他訓練，並且具有按照既定方案給藥與治療的能力。

提供者姓名/機構名稱：	機構識別碼：	機構電話號碼：
授權托兒服務者的姓名 (請以正楷填寫)：		日期：
授權托兒服務者簽名：		

家長或監護人簽名

	日期：
--	-----



本頁特意留白。

紐約州衛生署哮喘行動方案



哮喘行動方案

姓名	日期
醫師	病歷號碼
醫師辦公室電話號碼：白天	夜間/週末
緊急連絡人	
醫師簽名	



紅綠燈的顏色可以協助您使用哮喘藥。

綠色表示良好！
使用預防性藥品。

黃色表示警戒！
添加快速起效藥品。

紅色表示危險！
向醫師求助。

個人最佳尖峰流速

良好

滿足以下**全部**條件：

- 呼吸正常
- 沒有咳嗽或喘鳴
- 夜間睡眠正常
- 可以工作和玩耍



使用下面這些日常預防性抗炎藥品：

藥品	劑量	頻率/時間

若是運動引發的氣喘，請服用：

--

警戒

滿足以下**任何一項**：

- 感冒的初期徵兆
- 接觸到已知的刺激物
- 咳嗽 • 輕度喘鳴
- 胸悶 • 夜間咳嗽



繼續使用綠色區的藥品並添加：

藥品	劑量	頻率/時間

請聯絡您的初級保健提供者。

危險

哮喘快速惡化：

- 藥品沒有辦法緩解
- 呼吸沉重且急促
- 鼻孔大大張開
- 肋骨顯而易見
- 無法正常說話



服用以下藥品並立即打電話給醫師。

藥品	劑量	頻率/時間

立即向醫師求助！不要怕麻煩。您的醫師會隨時為您看診。這一點非常重要！若您無法聯絡到醫師，請直接前往急診室。不要等待。

進急診室或住院後兩天內向您的初級保健提供者約診。



本頁特意留白。

預防意外藥物中毒



確保兒童安全的秘訣：

- 將所有藥物存放在安全的地方。
- 務必將藥物存放在兒童拿不到也看不到的地方。
- 將所有藥物放在貼有標籤的原始容器內。
- 盡可能使用防兒童打開的容器。
- 切勿將藥物擱置不顧。
- 藥物使用完畢後，一定要立即放回存放區域。
- 切勿以「糖果」稱呼藥物。
- 將重要電話號碼 (例如毒物控制熱線) 寫在電話上或附近。
- 對兒童給藥時一定要遵循**五正確**原則。

若懷疑兒童不慎服用藥物或其他毒物，請立即撥打毒物控制專線。

不可等到兒童出現病容或不舒服的感覺時才行動。

毒物控制中心的電話號碼是：

1-800-222-1222



本頁特意留白。

全身性過敏反應

全身性過敏反應是一種會影響全身的嚴重過敏反應。兒童的症狀會快速惡化，而且可能會致命。以下是可能引發兒童全身性過敏反應的常見因子（過敏原）：

	堅果，包括（但不限於）花生和堅果（山核桃、核桃、腰果等）		昆蟲或蜜蜂叮咬留下的毒液
	藥物		海鮮，包括魚類和貝類
	蛋類		牛奶
	小麥		莓果
	大豆		乳膠



全身過敏性反應有什麼症狀？

請留意下列全身性過敏症狀，以便迅速反應：



- 發癢
- 唇部和/或舌部腫脹
- 唇部和/或舌部發癢
- 口中出現金屬味



- 呼吸急促
- 咳嗽
- 喘鳴
- 呼吸困難



- 發癢
- 泛紅
- 蕁麻疹
- 腫脹
- 皮膚蒼白、發涼、潮濕



- 發癢
- 聲音嘶啞
- 胸悶/閉鎖
- 吞嚥困難



- 胸痛
- 脈搏微弱
- 暈眩
- 昏厥
- 心跳加速



- 混亂
- 頭痛



- 嘔吐
- 噁心
- 腹瀉
- 痙攣

如果您照護的孩童出現任何全身性過敏反應症狀，

請立即撥打911!

腎上腺素注射筆 (EpiPen® 或 Auvi-Q™) 用法與保存方式



腎上腺素注射藥物有助於舒緩全身性過敏症狀，而且可以救兒童一命。若您照護的兒童會對蜜蜂叮咬或特定食物過敏，而且有全身性過敏病史，該名兒童的醫療提供者可能會開腎上腺素的處方備用。

腎上腺素注射筆主要分為兩種：

- **EpiPen®** (包括 EpiPen® Jr) 是預填藥物的拋棄式注射器材，內含單次劑量的腎上腺素。
- **Auvi-Q™** 是一種輕巧型的腎上腺素注射筆，可以協助您一步步完成注射。

正確使用 EpiPen®

- 將注射筆從透明包裝管中取出：掀開 EpiPen® 的黃色蓋子或 EpiPen Jr® 注射筆包裝管的綠色蓋子。將注射筆傾斜，從包裝管中取出。
- 將注射筆握在手中，橘色尖端朝下。
備註：針頭會從橘色尖端刺出。切勿以拇指、手指或手掌覆蓋橘色尖端。
- 用另一隻手拆下藍色的安全栓 (將安全栓筆直拉起即可，不需折彎或扭轉)。
- 將橘色尖端抵在大腿外側中央處，尖端應和大腿呈直角 (垂直)。握緊注射筒後，轉動橘色尖端並用力插入大腿外側，直到聽見「喀擦」聲。朝大腿處用力壓住約 3 秒 (慢慢數 1、2、3)，將藥物注入。完成注射。
- 將注射筆從大腿拔出。橘色尖端會伸長並覆蓋針頭。按摩注射部位約 10 秒。立即就醫。兒童可能需要進一步的診治。即使數小時後，症狀仍有可能復發，因此，即使兒童看似好轉，仍然需要接受緊急治療。
- 將使用過的注射筆和兒童一起送到醫院，一定要記得攜帶兒童的病史卡。
- 使用過的注射筆在針頭蓋伸長後將無法再放入包裝管內。
- 多數液體藥物會留在注射筆內，不能重複使用。若針頭的橘色尖端已經伸長，而且透明開口被遮住，則表示兒童已經注射了正確的劑量。
- 不可拆解 EpiPen® 或 EpiPen® Jr 注射筆。

這些指示反映了美國食品藥物管理局 (US Food and Drug Administration, FDA) 於 2016 年 5 月修訂的內容，與在該日期之前或前後製造的 EpiPen 腎上腺素注射筆的包裝內附說明書中的指示會不一致。

存放 EpiPen® 或 EpiPen Jr.®

- 將 EpiPen® 或 EpiPen Jr.® 存放在 68° 至 77° F (20° 至 25° C) 的室溫下。
- 避光保存。
- 不要暴露在極冷或極熱環境中。例如，不要存放在車輛的雜物箱中，也不要存放在冰箱或冷凍庫中。



講義 9.3

- 定期透過自動注射器的透明窗檢查內容物。 溶液應為清澈。 如果溶劑變色（粉紅色或棕色）或含有固體顆粒，請更換。
- 始終將 EpiPen® 或 EpiPen Jr.® 自動注射器放在載體管中，以防止其毀壞；但是，載體管並不防水。
- 藍色安全釋放帽可幫助防止意外注射。 在您需要使用 EpiPen® 或 EpiPen Jr.® 前， 不要拔下藍色安全帽。
- EpiPen® 或 EpiPen Jr.® 有有效日期。 請在有效日期前更換。
- 將 EpiPen®/EpiPen Jr.® 和所有藥物放在兒童觸碰不到的地方。 存放自動注射器， 以讓您可以輕鬆使用且快速拿取，例如您可放在急救藥箱或您計畫的緊急或“going outside”（外出）包中。

標準程序是將用過的注射筆和兒童由救護車一起送醫。

請記住，腎上腺素注射筆是用於特定兒童的處方藥。若您所照顧的兒童出現全身性過敏症狀，但是沒有注射筆，請撥打 911 並送醫急診。無論在任何情況下，您都**不可以**將某名兒童專用的注射筆給其他兒童使用。



正確使用 Auvi-Q™

- 將 Auvi-Q™ 從外包裝盒中取出。
當您將外包裝盒中的 Auvi-Q™ 取出後，Auvi-Q™ 就會發出語音指示，引導您完成給藥流程。
- 將紅色安全罩拉下來。
- 將 Auvi-Q™ 黑色的一端抵在大腿外側的中央 (如有需要可以穿過衣物)，然後用力按壓並停留約 2 秒。
只能注射在大腿外側中央。**不可**注射在任何其他身體部位。
- 使用 Auvi-Q™ 後，請立即就醫。

存放 Auvi-Q™

腎上腺素對光線敏感，應該被保存於外盒內並避免光照。儲存於攝氏 20° 至 25° (華氏 68° 至 77°)；允許偏移至攝氏 15° 至 30° C (華氏 59° 至 86°) [請見 USP 溫控室溫度]。請勿冷藏。使用前請檢查並確認注射筆中的溶液是透明無色的。如果注射筆內的溶液變色、渾濁或含有顆粒，請替換另一支。

標準程序是將用過的注射筆和兒童由救護車一起送醫。

請記住，腎上腺素注射筆是用於特定兒童的處方藥。若您所照顧的兒童出現全身性過敏症狀，但是沒有注射筆，請撥打 911 並送醫急診。無論在任何情況下，您都**不可以**將某名兒童專用的注射筆給其他兒童使用。



孩童會用什麼方式描述反應

孩童會以獨特的方式描述他們的經歷和感知，對於過敏反應也不例外。當成年人無法立即識別出孩童的反應，或是不明白孩童告訴他們的訊息時，將會浪費寶貴的治療時間。

某些孩童，特別是年紀較小的孩童，在出現過敏症狀時會把手放在嘴裡，或是拉扯或搔抓舌部。同時，孩童的聲音可能會發生變化（例如變得嘶啞或是短促尖銳），而且說話可能會含糊不清。以下是一些孩童可能會用以描述某種反應的詞彙：

- 「吃起來好辣。」
- 「我的舌頭好辣(或好燙)。」
- 「舌頭好像刺刺的。」
- 「我的舌頭(或嘴巴)刺痛(或好燙)。」
- 「我的舌頭(或嘴巴)癢癢的。」
- 「感覺(舌頭)上面有頭髮。」
- 「我的嘴巴感覺怪怪的。」
- 「我的喉嚨裡面有青蛙。」
- 「有東西卡在我的喉嚨裡。」
- 「我的舌頭感覺好腫(或好重)。」
- 「嘴唇覺得好緊。」
- 「感覺那裡好像有蟲子。」(形容耳朵癢)
- 「(喉嚨)感覺好厚。」
- 「感覺舌頭(喉嚨)後面有腫塊。」

如果懷疑您的子女有過敏反應，請依照醫師的指示儘快給予治療。

如果您需要更多治療資訊，請前往
www.foodallergy.org/treating-an-allergic-reaction



施藥失誤



施藥失誤是指在給藥過程中犯下的錯誤。其中包括沒有按照指示給藥。

施藥失誤包括：

- 忘記給藥
- 給了錯誤的藥
- 給藥時間錯誤
(包括比預定時間早或晚 30 分鐘以上給藥，或是對醫療提供者未指明的症狀給藥)。
- 給藥劑量錯誤
- 給藥方式錯誤
- 給藥對象錯誤
- 給了過期的藥物
- 給了家長未許可的藥物
- 在沒有拿到醫療提供者有效指示的情況下給藥 (包括同意書過期)

提報施藥失誤

1. 一旦發現錯誤，請立即聯絡兒童的家長。建議家長聯絡兒童的醫療提供者，決定處理方式。
2. 按照兒童家長和醫療提供者的指示滿足兒童的急需。
3. 填寫 OCFS 的施藥失誤回報表或同等效力的表格，並交給您的授權或註冊機構。
4. 您必須在錯誤發生後 24 小時內通知您的授權或註冊機構。

若是您的計畫中發生錯誤，請檢查是否有任何環境或現行的給藥政策可能造成錯誤。建議請您的醫療保健顧問協助您確定出錯的原因。找到原因後，您可以做出改變，預防日後再次犯錯。



本頁特意留白。



OCFS-LDSS-7005 (2014 年 11 月) 正面

紐約州 (NEW YORK STATE)
兒童與家庭服務辦公室 (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)
施藥失誤回報表

- 您可以使用此表單或經許可的同等文件來回報施藥失誤。
- 必須填寫本表單的所有部分。
- 若發生任何施藥失誤，必須立即通知該孩童之家長。
- 在發生施藥失誤後的 24 小時內，必須通知兒童與家庭服務辦公室 (Office of Children and Family Services, OCFS)。必須在事件發生後的 24 小時內口頭通知辦公室，之後再透過郵件、傳真或電子郵件提交此表單。
- 若此次失誤牽涉到多個孩童，則需為每位孩童分別完成一張表單。

提供者姓名：	機構識別碼：	計畫電話號碼：
孩童姓名：	孩童出生日期： / /	
施藥失誤日期： / /	施藥失誤時間：	
發生的施藥失誤類型：		
<input type="checkbox"/> 施藥對象有誤 <input type="checkbox"/> 施放藥物有誤 <input type="checkbox"/> 施藥時間有誤 (在所授權時間的 30 分鐘前或 30 分鐘後給藥) <input type="checkbox"/> 劑量有誤 <input type="checkbox"/> 施藥途徑有誤 <input type="checkbox"/> 施放過期藥物 <input type="checkbox"/> 忘記給藥 <input type="checkbox"/> 同意書過期 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
使用該孩童已許可之藥物同意表中的資訊來完成此部分。(除非施藥對象有誤)		
所授權之藥物名稱：	所授權之數量/劑量：	所授權之施藥方式：
同意書上所授權之施藥頻率或必須施放藥物之病徵與症狀：		



OCFS-LDSS-7005 (2014 年 11 月) 背面

紐約州 (NEW YORK STATE)
兒童與家庭服務辦公室 (OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)
施藥失誤回報表

詳細描述事件發生情形 (包括此次失誤所牽涉的所有人士)：

已採取之行動

已口頭通知 OCFS： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	通知日期 (月/日/年)： / /	時間 (上午/下午)：	已通知之對象：
已提交表單至 OCFS： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	通知日期 (月/日/年)： / /	已通知之對象：	
已通知之家長 (需立即通知)： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	通知日期 (月/日/年)： / /	時間 (上午/下午)：	已通知之對象：
其他已通知之對象 (例如，醫療提供者、醫療保健顧問)： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	通知日期 (月/日/年)： / /	已通知之對象：	

請詳細描述所採取之矯正行為：

完成此表單者之姓名：(請以正楷書寫)：

完成表單日期：

/ /

完成此表單者之簽名：

X

獨立給藥



《紐約州 OCFS 兒童日托條例》(New York State OCFS Child Day Care Regulations) 允許符合下列情況的學齡兒童攜帶及使用哮喘吸入器或腎上腺素注射筆：

「除按照本項規定第 41*11(h) (6) 節規定給藥的藥物之外，接受照護的兒童一律不得獨立給藥，只能在照顧者的協助及現場監督下用藥（負責給藥的照顧者必須符合本項規定第 41*.11 節的規定）。不論任何計畫，凡選擇在參與該計畫的兒童獨立給藥或兒童協助自行給藥的情況下對該名兒童給藥，皆須遵守本項規定第 41*11 節的所有條款。」 [41*.11(f)(3)]

「若計畫獲准對患有哮喘或其他呼吸症狀的學齡兒童使用吸入器，或對出現過敏性反應的兒童使用腎上腺素注射筆，則在該計畫取得正式授權醫療提供者允許該等用途的書面許可、家長同意書並填寫該名兒童的特殊醫療保健方案後，該名兒童即可攜帶及使用此類器材。」 [41*.11(h)(6)]

無論計畫獲准給藥或只獲准給予急診用藥，只要是由學齡兒童獨立使用自己的哮喘吸入器或腎上腺素注射筆，該計畫即須記錄每一位兒童的下列資料並予以留存：

- 由兒童的醫療提供者提供的書面許可；
- 家長同意書；以及
- 有特殊醫療保健需求之學齡兒童的獨立醫療保健方案 (完整填寫)。該名兒童的獨立醫療保健方案將：
 - ◆ 註明兒童加入該計畫後一定會由合格的工作人員負責給藥；
 - ◆ 說明兒童要如何攜帶藥物，並且確保該計畫中的其他兒童不會拿到這名兒童的藥物；
 - ◆ 說明兒童要如何告知計畫工作人員自己所用的劑量；
 - ◆ 說明工作人員要如何記錄兒童獨立服用的每一劑藥；
 - ◆ 說明工作人員要如何辨認及因應可能發生的副作用；以及
 - ◆ 列出合格給藥人員要照護這些兒童需要接受的其他訓練或需要具備的其他能力，以及將由誰提供這些訓練。

兒童的家長同意書、醫療提供者同意書、以及有特殊醫療保健需求之兒童的獨立醫療保健方案 (完整填寫) 皆須記載該學齡兒童可以攜帶吸入器或注射筆。

OCFS-LDSS-7006 表：會提供並可使用有特殊醫療保健需求之兒童的獨立醫療保健方案。



本頁特意留白。



有特殊醫療照護需求的兒童



按照 OCFS 管理條例的規定，**具有特殊醫療照護需求的兒童**是指符合下列條件的兒童：「患有生理、發育、行為或情緒慢性病症，預計會持續 12 個月以上，且所需的醫療及相關服務的類型或程度高於一般兒童的需求」。

若要照護有特殊醫療保健需求的兒童，您必須和兒童的家長及醫療提供者共同撰寫一份**有特殊醫療保健需求之兒童的獨立健康照護計畫** (請參閱講義 10.5)。該方案必須：

- 說明兒童的特殊醫療保健需求。
- 列出負責照護兒童的計畫工作人員。負責對兒童給藥或治療的所有工作人員都必須是獲得批准的合格給藥人員。
- 說明這些工作人員對兒童給藥或治療之前必須接受的其他訓練或必須具備的其他技能，以及將由誰負責訓練。
- 請計畫授權代表和家長在兒童的**有特殊醫療保健需求之兒童的獨立健康照護計畫**上簽名。將方案歸檔保存。

給藥技巧和兒童的需求不盡相同，因此工作人員為照護有特殊醫療保健需求的兒童所接受的訓練只可用於特定兒童，不可用於其他兒童。



本頁特意留白。



暫離計畫場所時給藥



若有任何兒童在暫離計畫場所期間需要服藥：

- 如有任何出遊的兒童需要藥物，必須要有合格給藥人員隨行。
- 需要以原始藥局容器盛裝藥物。
- 藥物和食物及其他用品要分開包裝。
- 若是需要冷藏的藥物，必須以 36-46°F 的溫度保存。
- 需要攜帶給藥所需的所有給藥工具或特殊設備。
- 需要攜帶兒童的藥物同意書及藥物施放記錄正本。
- 需要攜帶免用水的潔手凝膠，預防無水可洗手的情形。
- 需要擁有將造訪之地區的急診電話號碼。

對於留在計畫場所的兒童：

若有任何兒童在其他兒童離開計畫場所期間需要服藥，則您需要：

- 能夠給藥的合格給藥人員；以及
- 藥物同意書和藥物施放記錄，供留在計畫場所的兒童使用。



本頁特意留白。

急救箱



所有托兒計畫都必須備妥急救箱，急救箱內應存放治療各種外傷和症狀的用品。

您的醫療保健方案應列出急救箱內的物品，以及急救箱的存放位置。規模較大的計畫通常應準備多個急救箱。

在某些地區，由於緊急治療需要時間，當地的毒物控制官員可能會要求在急救箱中放入特定物品。準備急救箱時，請務必向毒物控制官員確認並遵循對方的指示。

碘化鉀 (KI)

托兒計畫所在地點若位於核電廠附近 10 英哩半徑範圍內，OCFS 會寄發一封信函，提供在輻射外洩時給予碘化鉀的指示。所有計畫（即使是未獲准給藥的計畫）都可以在急救箱或急診包中準備碘化鉀。計畫必須向家長告知計畫的地理位置及碘化鉀的用途。

碘化鉀不需要醫師處方，雖然建議讓接觸到輻射的兒童服用碘化鉀，但這並非強制規定。若家長不希望自己的孩子服用碘化鉀，則您必須得到對方的同意。



本頁特意留白。



後續工作



MAT 證書

在您成功完成 MAT 課程後，可以在 ECETP 網站 (www.ecetp.pdp.albany.edu/mytraining/Login.aspx) 下載並列印您的 MAT 證書。請務必自行保留其中一份。

您的 MAT 證書：

- 有效期限是三年；
- 會註明您所完成 MAT 課程的語言 (您只能接受以您能夠讀寫的語言提供的許可、指示、包裝內附說明書或相關資料)；而且
- 只允許您在兒童照護場所給藥。

接下來呢？

完成 MAT 課程只是您成為合格的計畫給藥人員的其中一個程序。

您必須還要符合以下所有條件才能給藥：

- 取得有效的 MAT 證書
- 取得並持有具有有效力的急救資格鑑定書，所涵蓋急救對象的年齡層必須與您所照護的所有兒童相符
- 取得並持有具有有效力的 CPR 資格鑑定，所涵蓋急救對象的年齡層必須與您所照護的所有兒童相符
- 至少年滿 18 歲
- 被列為您的計畫中獲准醫療保健方案的給藥人員
- 請您計畫中的醫療保健顧問審查並簽署核准您擔任給藥人員的醫療保健方案
- 請您計畫的授權或註冊機構核准已簽署的醫療保健方案
- 在持正式執照或登記證的計畫中工作，且其執照或登記證必須註明該計畫獲准給藥 (依法不需具備此條件者及紐約市日托中心的工作人員除外)

講義內容更新

講義內容時有更新或補充。我們的網站提供所有 MAT 講義，網址是：

www.ecetp.pdp.albany.edu。每份講義皆有註有日期，您可以確認您的講義是否為最新版本。



講義 11.1

證書失效

MAT 證書的有效期是順利完成 MAT 課程當天起三 (3) 年。若您在獲准給藥的計畫中擔任合格給藥人員，則有資格接受 MAT 續期測驗。

您可以上網接受測驗，將您的 MAT 證書再續期三年。您可以透過這種方式連續續期兩次。第三次續期時，您還必須完成三 (3) 項技能測驗，之後才能展延 MAT 證書有效期。

您必須持使用者名稱和密碼登入，之後才能接受測驗。證書失效前三到六個月左右，您會收到 MAT 計畫寄給您的使用者名稱和密碼。

若您沒有收到信函，但符合 MAT 證書續期資格，則您應自行聯絡 MAT 計畫或您的授權/註冊機構。若未在失效日期之前展延 MAT 證書效期，您要繼續在計畫中給藥，必須重上 MAT 課程。

其他資源

- 醫療保健顧問：_____

聯絡號碼：_____

若您不認識您計畫的醫療保健顧問，或不知道對方的聯絡方式，請向主管洽詢該如何與對方聯絡。

- OCFS 授權或註冊機構：_____

聯絡號碼：_____

- 給藥訓練計畫和 MAT 補助計畫：

1-800-295-9616
MAT@albany.edu

- 其他：_____



MAT 反應調查問卷



講師：_____ 今天的日期：_____

請利用此表格評估您剛完成的給藥訓練 (MAT) 課程。我們需要知道訓練內容是否符合您的需求。我們不會公布回覆者的身分資訊。

說明：請以下方的標準註明您對下列各項敘述的同意程度。

	非常 同意	同意	不同意也 不反對	不同意	非常 不同意
1. 整體訓練品質非常高。	⑤	④	③	②	①
2. 訓練目標很明確。	⑤	④	③	②	①
3. 訓練課程比我預期的困難。	⑤	④	③	②	①
4. 訓練課程的長度適中。	⑤	④	③	②	①
5. 講師對於課程內容非常熟悉。	⑤	④	③	②	①
6. 講師準備充分，條理分明。	⑤	④	③	②	①
7. 教室設備有助於學習。	⑤	④	③	②	①
8. 資料和講義非常有用。	⑤	④	③	②	①
9. 訓練內容的講解清楚易懂。	⑤	④	③	②	①
10. 根據我在課程中學到的資訊，我覺得自己 已經準備好在我的托兒計畫中給藥了。	⑤	④	③	②	①
11. 我打算在我的計畫中給藥。	⑤	④	③	②	①
12. 有沒有任何有助於您對照護兒童給藥的資訊您希望在訓練中討論？					

13. 您能否對縮短訓練長度提供任何建議？

結束

請完成背面的題目

結束



14. 您為何決定來參加 MAT 課程？
- 我的雇主送我來的
 - 授權/註冊機構推薦
 - 我照護的一名兒童需要用藥
 - 家長要求
 - 追求職業成長
 - 其他托兒服務者推薦
 - 其他：_____
15. 您在持照或註冊的托兒計畫中擔任托兒服務者已有多長時間了？
- 不到 6 個月
 - 6 個月到 1 年
 - 1 到 3 年
 - 4 到 5 年
 - 5 到 10 年
 - 超過 10 年
16. 您工作的是哪一種類型的托兒計畫？
- 家庭日托
 - 團體家庭日托
 - 日托中心
 - 學齡兒童托兒計畫
 - 領取州補助金的合法免照托兒計畫
17. 您在紐約州的哪個地區服務？
- Buffalo (*Allegany*、*Cattaraugus*、*Chautauqua*、*Erie*、*Genesee*、*Niagara*、*Orleans* 和 *Wyoming* 等郡)
 - Rochester (*Chemung*、*Livingston*、*Monroe*、*Ontario*、*Seneca*、*Schuyler*、*Steuben*、*Wayne* 和 *Yates* 等郡)
 - Syracuse (*Broome*、*Cayuga*、*Chenango*、*Cortland*、*Herkimer*、*Jefferson*、*Lewis*、*Madison*、*Oneida*、*Onondaga*、*Oswego*、*St. Lawrence*、*Tioga* 和 *Tompkins* 等郡)
 - Albany (*Albany*、*Clinton*、*Columbia*、*Delaware*、*Essex*、*Franklin*、*Fulton*、*Greene*、*Hamilton*、*Montgomery*、*Otsego*、*Rensselaer*、*Saratoga*、*Schenectady*、*Schoharie*、*Warren* 和 *Washington* 等郡)
 - Yonkers (*Dutchess*、*Orange*、*Putnam*、*Rockland*、*Sullivan*、*Ulster* 和 *Westchester* 等郡)
 - New York City (*Bronx*、*Brooklyn*、*Manhattan*、*Queens* 和 *Staten Island* 等行政區)
 - Long Island (*Nassau* 和 *Suffolk* 等郡)
18. 請填寫您的年齡：_____
19. 最高教育程度：
- 高中文憑/同等學力 (GED) 以下
 - 高中文憑/同等學力
 - 大專院校，無學位
 - 兒童發展協會 (Child Development Associate, CDA) 或其他托兒資格
 - 副學士學位
 - 學士學位
 - 碩士或碩士以上學位

謝謝！