



FORMULAIRE GÉNÉRAL D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

CE FORMULAIRE **NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ POUR LES MÉDICAMENTS CONTRE LE DIABÈTE, LES CRISES D'ÉPILEPSIE, L'ASTHME ET LES ALLERGIES**

Formulaire d'ordonnance médicale du prestataire | Bureau de la santé scolaire | Année scolaire 2023-2024

À retourner à l'infirmière scolaire/au centre de santé scolaire. Les formulaires soumis après le 1^{er} juin peuvent retarder leur traitement pour la nouvelle année scolaire.

Nom de famille de l'élève : _____ Prénom : _____ Initiale : _____ Date de naissance (MM/JJ/AAAA) : _____

N° OSIS : _____ Sexe : Masculin Féminin

École (nom, numéro, adresse et borough) : _____ District du DOE : _____ Grade : _____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW/PARTIE À COMPLÉTER PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

1. Diagnosis: _____ **ICD-10 Code:** _____ . _____

Medication (Generic and/or Brand Name): _____

Preparation/Concentration: _____

Dose: _____ Route: _____

Student Skill Level (select the most appropriate option):

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer
- Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
- Independent Student: student is self-carry/ self-administer - *Initial below for Independent (Not allowed for controlled substances)
- I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events - Practitioner's Initials: _____

In School Instructions

- Standing daily dose – at _____ and _____ **and/or**
- PRN - specify signs, symptoms, or situations: _____
- Time Interval: _____ minutes or _____ hours as needed
- If no improvement, repeat in _____ minutes or _____ hours for a maximum _____ of times.

Conditions under which medication should not be given: _____

2. Diagnosis: _____ **ICD-10 Code:** _____ . _____

Medication (Generic and/or Brand Name): _____

Preparation/Concentration: _____

Dose: _____ Route: _____

Student Skill Level (select the most appropriate option):

- Nurse-Dependent Student: nurse/nurse-trained staff must administer
- Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
- Independent Student: student is self-carry/ self-administer - * Initial below for Independent (Not allowed for controlled substances)
- I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events - Practitioner's Initials: _____

In School Instructions

- Standing daily dose – at _____ and _____ **and/or**
- PRN - specify signs, symptoms, or situations: _____
- Time Interval: _____ minutes or _____ hours as needed
- If no improvement, repeat in _____ minutes or _____ hours for a maximum _____ of times.

Conditions under which medication should not be given: _____

3. Diagnosis: _____ **ICD-10 Code:** _____ . _____

Medication (Generic and/or Brand Name): _____

Preparation/Concentration: _____

Dose: _____ Route: _____

Student Skill Level (select the most appropriate option):

- Nurse-Dependent Student: nurse/nurse-trained staff must administer
- Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
- Independent Student: student is self-carry/ self-administer - * Initial below for Independent (Not allowed for controlled substances)
- I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events - Practitioner's Initials: _____

In School Instructions

- Standing daily dose – at _____ and _____ **and/or**
- PRN - specify signs, symptoms, or situations: _____
- Time Interval: _____ minutes or _____ hours as needed
- If no improvement, repeat in _____ minutes or _____ hours for a maximum _____ of times.

Conditions under which medication should not be given: _____

Home Medications (include over the counter) None

Health Care Practitioner Last Name: _____ First Name: _____ Signature: _____

Please select one: MD DO NP PA

Address: _____ E-mail address: _____

Tel. No: _____ FAX No: _____ Cell Phone: _____

NYS License No (Required): _____ NPI No: _____ Date: _____

FORMULAIRE GÉNÉRAL D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS
CE FORMULAIRE NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ POUR LES MÉDICAMENTS CONTRE LE DIABÈTE,
LES CRISES D'ÉPILEPSIE, L'ASTHME ET LES ALLERGIES

Formulaire d'ordonnance médicale du prestataire | Bureau de la santé scolaire | Année scolaire 2023-2024

À retourner à l'infirmière scolaire/au centre de santé scolaire. Les formulaires soumis après le 1^{er} juin peuvent retarder leur traitement pour la nouvelle année scolaire.

PARENTS/TUTEURS/TUTRICES : LISEZ, COMPLÉTEZ ET SIGNEZ. EN SIGNANT CI-DESSOUS, J'ACCEPTÉ CE QUI SUIT :

- Je consens à ce que les médicaments de mon enfant soient conservés et administrés à l'école selon les instructions de son médecin. Je consens également à ce que tout équipement nécessaire aux médicaments de mon enfant soit conservé et utilisé à l'école.
- Je comprends ce qui suit :**
 - Je dois donner à l'infirmière scolaire/au centre de santé scolaire (SBHC) les médicaments de mon enfant et l'équipement nécessaire.
 - Tous les médicaments prescrits et « en vente libre » que je remets à l'école doivent être neufs, non ouverts et dans leur emballage ou flacon d'origine.** Je fournirai à l'école les médicaments actuels et non périmés pour l'usage de mon enfant pendant les jours de classe.
 - La boîte ou le flacon des médicaments prescrits doivent porter l'étiquette d'**origine** de la pharmacie. L'étiquette doit indiquer : 1) le nom de mon enfant, 2) le nom et le numéro de téléphone de la pharmacie, 3) le nom du médecin de mon enfant, 4) la date, 5) le nombre de renouvellements, 6) le nom du médicament, 7) la posologie, 8) quand prendre le médicament, 9) le mode d'administration du médicament et 10) toute autre instruction.
 - Je dois **immédiatement** informer l'infirmière scolaire/le prestataire SBHC de tout changement concernant le médicament de mon enfant ou les instructions de son médecin.
 - Aucun élève n'est autorisé à transporter ou à s'administrer des substances contrôlées.**
 - Le Bureau de la santé scolaire (Office of School Health - OSH) et son personnel qui participent à l'administration des services de santé dispensés à mon enfant et indiqués ci-dessus se fient à l'exactitude des informations de ce formulaire.
 - En signant ce formulaire pour l'administration de médicaments (MAF), j'autorise l'OSH à dispenser des services de santé à mon enfant. Ces services peuvent comprendre une évaluation clinique ou un examen médical par un professionnel de santé ou une infirmière de l'OSH.
 - L'ordonnance médicale contenue dans ce MAF expire à la fin de l'année scolaire de mon enfant, ce qui peut inclure la session d'été, ou lorsque je donne un nouveau MAF à l'infirmière scolaire/au prestataire SBHC (selon l'évènement survenant en premier). Lorsque l'ordonnance médicale arrivera à expiration, je donnerai à l'infirmière de l'école de mon enfant/au prestataire SBHC un nouveau MAF rempli par le médecin de mon enfant.
 - Ce formulaire représente mon consentement et ma demande pour les services d'administration de médicaments indiqués ici. Cela ne constitue pas un accord de l'OSH pour fournir les services demandés. Si l'OSH décide de dispenser ces services, mon enfant peut également avoir besoin d'un plan d'aménagements de la Section 504. Ce plan sera mis en place par l'école.
 - Afin de dispenser des soins ou un traitement à mon enfant, l'OSH peut obtenir toute autre information qu'il estime être nécessaire concernant l'état de santé, les médicaments ou le traitement de mon enfant. L'OSH peut obtenir ces informations auprès des professionnels de santé, des infirmières ou des pharmaciens ayant dispensé des services de santé à mon enfant.

AUTOADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS (UNIQUEMENT POUR LES ÉLÈVES AUTONOMES) :

- Je déclare/j'atteste que mon enfant est pleinement formé(e) et qu'il ou elle peut prendre son médicament en toute autonomie. Je consens à ce que mon enfant transporte, conserve et s'administre en toute autonomie à l'école le médicament prescrit sur ce formulaire. Je suis responsable de donner à mon enfant ces médicaments dans leurs boîtes ou flacons, comme décrit ci-dessus. Je suis également responsable de la surveillance de la prise de médicaments par mon enfant et de toutes les conséquences de l'utilisation de ce médicament par mon enfant à l'école. L'infirmière scolaire/le prestataire SBHC attestera de l'aptitude de mon enfant à transporter le médicament et à se l'administrer. Je consens également à donner à l'école un médicament « de secours » dans une boîte ou un flacon dont l'étiquette est visible.

NOTE : il est préférable de fournir les médicaments et le matériel de votre enfant lors de sorties scolaires et d'activités scolaires à l'extérieur de l'école.

Nom de famille de l'**élève** : _____ Prénom : _____ Initiale : _____ Date de naissance (MM/JJ/AAAA) : _____

École (DBN ATS/nom) : _____ Borough : _____ District : _____

Nom du **parent/tuteur/de la tutrice** (majuscules) : _____ E-mail du parent/tuteur, de la tutrice : _____

Signature du **parent/tuteur/de la tutrice** : _____ Date de signature : _____

Adresse du **parent/tuteur/de la tutrice** : _____

Numéros de téléphone : En journée : _____ Domicile : _____ Portable : _____

Autre contact d'urgence :

Nom : _____ Lien avec l'élève : _____ Téléphone : _____

For Office of School Health (OSH) Use Only/Réservé à l'usage du Bureau de la santé scolaire (OSH)

OSIS Number: _____ Received by - Name: _____ Date: _____

504 IEP Other: _____ Reviewed by - Name: _____ Date: _____

Referred to School 504 Coordinator: Yes No

Services provided by: Nurse/NP OSH Public Health Advisor (for supervised students only) School Based Health Center

Signature and Title (RN OR SMD): _____ Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison: _____

Revisions as per OSH contact with prescribing health care practitioner: Clarified Modified

Confidential Information should not be sent by email