



## الرجیز / اینٹرفائلیکسس (ALLERGIES/ANAPHYLAXIS) ادویات دینے کا فارم

فرابم کنندہ کے لیے ادویات کا آرڈر فارم | اسکول کا دفتر صحت | تعلیمی سال 2023-2024  
براہ کرم اسکول نرس کو واپس کریں۔ 1 جون کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔

طالب علم کا آخری نام: \_\_\_\_\_ پہلا نام: \_\_\_\_\_ درمیانہ \_\_\_\_\_ تاریخ پیدائش: \_\_\_\_\_  
جنس:  لڑکا  لڑکی OSIS نمبر: \_\_\_\_\_ وزن: \_\_\_\_\_  
اسکول (نام، نمبر، پتہ اور برو شامل کریں): \_\_\_\_\_  
DOE ضلع \_\_\_\_\_ گریڈ: \_\_\_\_\_ کلاس: \_\_\_\_\_

### HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

#### Specify Allergies:

History of asthma?  Yes (If yes, student has an increased risk for a severe reaction; complete the Asthma MAF for this student)  No

History of anaphylaxis?  Yes Date: \_\_\_\_\_  No

If yes, system affected  Respiratory  Skin  GI  Cardiovascular  Neurologic

Treatment: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Does this student have the ability to: Self-Manage (See 'Student Skill Level' below)  Yes  No

Recognize signs of allergic reactions  Yes  No

Recognize and avoid allergens independently  Yes  No

#### SEVERE REACTION

#### Select In-School Medications

##### A. Immediately administer epinephrine ordered below, then call 911.

0.1 mg  0.15 mg  0.3 mg

Give intramuscularly in the anterolateral thigh for any of the following signs/symptoms (retractable devices preferred):

- Shortness of breath, wheezing, or coughing
- Fainting or dizziness
- Lip or tongue swelling that bothers breathing
- Pale or bluish skin color
- Tight or hoarse throat
- Vomiting or diarrhea (if severe or combined with other symptoms)
- Weak pulse
- Trouble breathing or swallowing
- Feeling of doom, confusion, altered consciousness or agitation
- Many hives or redness over body

Other: \_\_\_\_\_

If this box is checked, child has an extremely severe allergy to an insect sting or the following food(s): \_\_\_\_\_

Even if child has MILD signs/symptoms after a sting or eating these foods, give epinephrine and call 911.

B. If no improvement, or if signs/symptoms recur, repeat in \_\_\_\_\_ minutes for maximum of \_\_\_\_\_ times (not to exceed a total of 3 doses)

If this box is checked, give antihistamine after epinephrine administration (order antihistamine below)

#### Student Skill Level (select the most appropriate option):

Nurse-Dependent Student: nurse/trained staff must administer

Supervised Student: student self-administers, under adult supervision

Independent Student: student is self-carry/self-administer

I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events - Practitioner's Initials: \_\_\_\_\_

#### MILD REACTION (parent must supply medicine for use in medical room)

A. For any of the following sign and symptoms \_\_\_\_\_, give:

• Benadryl \_\_\_\_\_ mg po Q6 hours prn

• Name: \_\_\_\_\_ Preparation/Concentration: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ PO  Q4 hours  Q6 hours  Q12 hours prn

#### 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

I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events - Practitioner's Initials: \_\_\_\_\_

#### OTHER MEDICATION

• Give Name: \_\_\_\_\_ Preparation/Concentration: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ PO Q \_\_\_\_\_ hours prn

Specify signs, symptoms, or situations: \_\_\_\_\_

If no improvement, indicate instructions: \_\_\_\_\_

Conditions under which medication should not be given: \_\_\_\_\_

#### 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

I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events - Practitioner's Initials: \_\_\_\_\_

Home Medications (include over the counter)  None

#### Health Care Practitioner

Last Name (Print): \_\_\_\_\_ First Name (Print): \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

NYS License # (Required): \_\_\_\_\_ NPI #: \_\_\_\_\_ Please check one:  MD  DO  NP  PA Date: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ E-mail address: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_

## الرجیز / اینفائلیکسس (ALLERGIES/ANAPHYLAXIS) ادویات دینے کا فارم

فراہم کنندہ کے لیے ادویات کا آرڈر فارم | اسکول کا دفتر صحت | تعلیمی سال 2023-2024

براہ کرم اسکول نرس / اسکول میں قائم مرکز صحت کو واپس کریں۔ 1 جون کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔

والدین / سرپرست مطالعہ کریں، مکمل کریں اور دستخط کریں۔ ذیل میں دستخط کر کے میں اس پر متفق ہوں کہ:

1. میں اپنے بچے کی دوا کو اسکول میں محفوظ کیے جانے اور میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات کے مطابق دیے جانے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں، میرے بچے کی دوا کے لیے درکار کسی بھی آلات کے اسکول میں محفوظ اور استعمال کیے جانے کی بھی اجازت دیتا ہوں۔

2. میں سمجھتا ہوں کہ:

- مجھے اسکول نرس / اسکول میں قائم مرکز صحت (SBHC) فراہم کنندہ کو اپنے بچے کی دوا اور آلات دینا لازمی ہیں۔ میں اسکول کو ایپنیفرین پین باگرڈانی (retractable) سوئیوں کے ساتھ دینے کی کوشش کرونگا۔
- تمام نسخے والی اور "کاونٹر پر ملنے والی" دوائیں جو میں اسکول کو دوں گا وہ نئی، سیل بند، اور اصل بوتل یا ڈبے میں بند ہونی لازمی ہیں۔ میں اپنے بچے کو اسکول کے دنوں میں استعمال کے لیے جدید، غیر منسوخ شدہ دوائی استعمال کرنے کے لیے فراہم کروں گا۔
  - نسخے والی دوا کے ڈبے یا بوتل پر اصل فارمیسی کا لیبل لگا ہونا لازمی ہے۔ لیبل پر لازماً شامل ہونا چاہیے: (1) میرے بچے کا نام، (2) فارمیسی کا نام اور فون نمبر، (3) میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کا نام، (4) تاریخ، (5) دوبارہ بھرنے (refill) کی تعداد، (6) دوا کا نام، (7) خوراک، (8) دوا کب لی جائے، (9) دوا کیسے لی جائے اور (10) کوئی دیگر ہدایات۔
- میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میں نے اپنے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور سے اس بات کی جانچ کر لی ہے اور یہ کہ میں OSH کو میرے بچے کی دوا یا ایپنیفرین دستیاب نہ ہونے کی صورت میں میرے بچے کے ذخیرے (اسٹاک) سے دوا دینے کی اجازت دیتا ہوں۔
- میں اپنے بچے کی دوا یا صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات میں کسی بھی تبدیلی سے اسکول نرس / SBHC فراہم کنندہ کو فوری طور پر لازمی آگاہ کرونگا۔
- میرے بچے کو مذکورہ بالا صحت سے متعلقہ خدمت (خدمات) فراہم کرنے میں شامل OSH اور اسکول کارندے اس فارم پر دی گئی معلومات کی درستگی پر انحصار کر رہے ہیں۔
- ادویات دینے کے اس فارم (MAF) پر دستخط کر کے، میں اسکول کے دفتر صحت (OSH) کو میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ ان خدمات میں لیکن انہی تک محدود نہیں، OSH کے طبی نگہداشت پیشہ ور یا نرس کے ذریعے کلینیکل تشخیص یا ایک جسمانی معائنہ شامل ہو سکتی ہیں۔
- اس MAF میں دوا کا آرڈر میرے بچے کے تعلیمی سال کے آخر میں منسوخ ہوجائے گا، جس میں گرمیوں کا دورانیہ شامل ہو سکتا ہے، یا جب میں اسکول نرس / SBHC فراہم کنندہ کو ایک نیا MAF فراہم کروں (جو بھی پہلے واقع ہو)۔ جب اس دوا کے آرڈر کی میعاد منسوخ ہوجائے، میں اپنے بچے کی اسکول نرس / SBHC فراہم کنندہ کو میرے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور کے ذریعے تحریر کردہ ایک نیا MAF فراہم کرونگا۔
- اس فارم پر وضاحت کردہ الرجی خدمات کے لیے یہ فارم میری اجازت اور درخواست کی نمائندگی کرتا ہے۔ یہ OSH کی جانب سے درخواست کردہ خدمات فراہم کیے جانے کا معاہدہ نہیں ہے۔ اگر OSH یہ خدمات فراہم کرنے کا فیصلہ کرتا ہے، میرے بچے کو ایک جز 504 سہولت منصوبے کی بھی ضرورت ہو سکتی ہے۔ اس منصوبے کو اسکول مکمل کرے گا۔
- OSH میرے بچے کو نگہداشت یا علاج کی فراہمی کے مقاصد کے لیے، دیگر کوئی بھی معلومات حاصل کرسکتا ہے جو انکے خیال میں میرے بچے کی طبی صورت حال، دوا یا علاج کے لیے درکار ہے۔ OSH یہ معلومات کسی بھی ایسے طبی نگہداشت کے پیشہ ور، نرس، یا دوا فروش سے حاصل کرسکتا ہے جنہوں نے میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کی ہیں۔

### خود ادویات لینے کے لیے (صرف برائے خود مختار طلباء):

- میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میرا بچہ مکمل تربیت یافتہ ہے اور وہ خود دوا لے سکتا ہے۔ میں اپنے بچے کو اس فارم پر دی گئی دوا اسکول میں لائے، محفوظ کرنے اور خود سے لینے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں اپنے بچے کو یہ دوا بوتلوں یا ڈبوں میں دینے کا ذمہ دار ہوں۔
  - مذکورہ بالا کے مطابق میں اپنے بچے کی دوا استعمال کرنے کی جانچ کرنے، اور اسکول میں میرے بچے کے اس دوا کے استعمال کے تمام نتائج کا بھی ذمہ دار ہوں۔ اسکول نرس / SBHC فراہم کنندہ میرے بچے کی دوا اپنے ساتھ رکھنے اور خود سے لینے کی اہلیت کی تصدیق کرے گا۔ میں اس پر بھی آمادہ ہوں کہ اسکول کو دوا ایک واضح لیبل لگے ہوئے ڈبے یا بوتل میں "محفوظ ذخیرہ" (بیک اپ) کے لیے دوں گا۔
  - اگر میرا بچہ عارضی طور پر دوا اپنے ساتھ رکھنے اور خود سے لینے سے قاصر ہو جائے تو میں اسکول نرس یا تربیت یافتہ اسکول عملے کو میرے بچے کو ایپنیفرین دینے کی اجازت دیتا ہوں۔
- توجہ: اگر آپ ذخیرے میں سے استعمال کرنا چاہتے ہیں، آپکو اسکول کے تفریحی دوروں کے ایام میں اور / یا بعد از اسکول پروگرام کے لیے ایپنیفرین، دمہ دم کش (انہیلر) اور خود سے لینے والی منظور شدہ ادویات کو اپنے بچے کے ساتھ بھیجنا لازمی ہے تاکہ یہ اسے دستیاب رہیں۔ ذخیرہ کردہ ادویات صرف OSH عملے کے ذریعے صرف اسکول میں استعمال کرنے کے لیے ہیں۔

طالب علم کا آخری نام: \_\_\_\_\_ پہلا نام: \_\_\_\_\_ درمیانیہ مختصر نام: \_\_\_\_\_ تاریخ پیدائش: \_\_\_\_\_

اسکول (ATS DBN / نام): \_\_\_\_\_ برو: \_\_\_\_\_ ضلع: \_\_\_\_\_

والدین / سرپرست کا نام (جلی حروف میں): \_\_\_\_\_ والدین سرپرست کا ای میل: \_\_\_\_\_

والدین / سرپرست کے دستخط: \_\_\_\_\_ دستخط کی تاریخ: \_\_\_\_\_

والدین / سرپرست کا پتہ: \_\_\_\_\_

والدین / سرپرست کا سیل فون: \_\_\_\_\_ دیگر فون: \_\_\_\_\_

دیگر ہنگامی رابطہ نام / رشتہ: \_\_\_\_\_

دیگر ہنگامی رابطہ فون: \_\_\_\_\_

### For Office of School Health (OSH) Use Only

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 per Office of School Health after consultation with prescribing practitioner:  Clarified  Modified

Confidential information should not be sent by email

FOR PRINT USE ONLY