

일반약 투약 양식

이 양식은 당료, 발작, 천식 또는 알레르기 약품에는 사용하면 안됩니다.

의료제공자 투약 지시 양식 | 학교 보건 담당실 | 2023-2024 학년도

학교 간호사/학교 보건 센터에 제출하십시오. 6월 1일 이후 제출된 양식은 새 학년도 처리가 지연될 수 있습니다.

학생 성: _____ 이름: _____ 중간이름: _____ 생년월일: _____

OSIS 번호: _____ 성별: 남 여

학교(이름, 번호, 주소 보로 포함): _____ 교육청 학군: _____ 학년: _____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

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 medication 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: _____

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS
FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT

일반약 투약 양식

이 양식은 당료, 발작, 천식 또는 알레르기 약품에는 사용하면 안됩니다

의료인 투약 지시 양식 | 학교 보건 담당실 | 2023-2024 학년도

학교 간호사/학교 보건 센터에 제출하십시오. 6월 1일 이후 제출된 양식은 새 학년도 처리가 지연될 수 있습니다.

학부모/보호자님께: 읽고, 작성한 후 서명. 아래 서명함으로써, 저는 다음과 같은 내용에 동의합니다:

1. 저는 자녀의 의료 보건 담당자가 지시한 대로 학교에 자녀의 약을 보관하고 사용하는 것에 동의합니다. 저는 또한 학교에 자녀의 약에 필요한 장비를 학교에 보관 및 사용하는 것에 동의합니다.

2. 저는 다음 사항을 이해합니다:

- 저는 학교 간호사/학교 보건 센터(SBHC)에 반드시 제 자녀의 약품과 물품을 제공해야 합니다.
- 학교에 제공하는 모든 처방 및 “일반 의약품”은 개봉하지 않은 새것으로 원래의 용기 그대로 가져가겠습니다. 학교에 자녀가 학교 일과 중 사용할 수 있도록 유효기간이 지나지 않은 최신 약을 제공하겠습니다.
 - 처방약은 반드시 박스 또는 병에 원래의 약국 라벨이 붙어 있어야 합니다. 라벨에는 다음 내용이 포함되어야 합니다: 1) 제 아이의 성명, 2) 약국 이름 및 전화번호, 3) 자녀의 의료 보건 담당자 이름, 4) 날짜, 5) 리필 숫자, 6) 약 이름, 7) 복용량, 8) 복용 시간, 9) 투약 방법 10) 기타 안내.
- 저는 자녀의 약이나 의료 서비스 제공자의 지시가 변경되면 즉시 학교 간호사/SBHC 의료인에게 반드시 알려야 합니다.
- 학생은 규제 약물을 절대 소지하거나 사용할 수 없습니다.
- 저는 학교 보건 담당실(OSH) 및 상기 의료 서비스를 자녀에게 제공하는데 관련된 소속 에이전트가 본 양식에 제공된 정보의 정확함에 의존함을 알고 있습니다.
- 투약 양식(MAF)에 서명함으로써 OSH가 자녀에게 보건 서비스를 제공할 수 있습니다. 이들 서비스에는 OSH 의료 서비스 제공자 또는 간호사의 임상 평가 및 신체 검사가 포함되나 이에만 국한되지는 않습니다.
- 이 MAF의 약품 처방은 서머 세션을 포함한 제 자녀의 학년 말 또는 학교 간호사/SBHC 의료인에게 새로운 MAF를 제공할 때(둘 중 이른 시점) 만료됩니다. 이 약품 지시가 만료되면 저는 자녀의 학교 간호사/SBHC 의료인에게 자녀의 의료 서비스 제공자가 작성한 새로운 MAF를 제출하겠습니다.
- 이 양식은 양식에 설명된 약품 서비스에 대한 본인의 동의 및 요청을 대변합니다. 이것이 OSH가 요청한 서비스를 제공하겠다는 동의가 아닙니다. OSH가 이들 서비스를 제공하겠다고 결정하면, 제 자녀는 또한 섹션 504 조정 계획이 필요할 수 있습니다. 이 계획은 학교가 작성할 것입니다.
- 자녀에게 케어 또는 치료를 제공할 목적으로 OSH는 자녀의 의료 상태, 약품, 또는 치료에 대해 필요하다고 생각하는 정보를 얻을 수 있습니다. OSH는 자녀에게 의료 서비스를 제공하는 의료 보건 제공자, 간호사 또는 약사에게서 이 정보를 입수할 수 있습니다.

자가 투약(독립적인 학생만 해당):

- 저는 자녀가 스스로 약을 복용하도록 완전히 훈련되어 있고 복용할 수 있음을 보증/확인합니다. 또한 저는 자녀가 양식에 명시된 처방약을 학교에서 소지, 보관, 및 자가 투여하는 것에 동의합니다. 상기 설명된 약을 병 또는 박스에 넣어 자녀에게 주는 것은 제 책임입니다. 자녀의 해당 약품 사용을 모니터링하고 학교에서 제 자녀의 해당 약품 사용으로 인한 모든 결과는 또한 제 책임입니다. 제 자녀가 학교에서 약품을 소지 및 자가 투여할 능력이 있는지 학교 간호사/SBHC 의료인이 확인할 것입니다. 또한 학교에 명확한 라벨이 부착된 박스 또는 병에 들어 있는 “여분”의 약품을 제공하는 것에 동의합니다.
노트: 학교 견학이나 학교 밖 활동 시 자녀의 약품 및 기구를 보내는 것이 좋습니다.

학생 성: _____ 이름: _____ 중간 이니셜: _____ 생년월일: _____

학교(ATS DBN/이름): _____ 번호: _____ 학군: _____

학부모/보호자 성명(인쇄체): _____ 학부모/보호자 이메일: _____

학부모/보호자 서명: _____ 서명 날짜: _____

학부모/보호자 주소: _____

전화번호: 주중: _____ 집: _____ 핸드폰: _____

기타 비상 연락처: _____

성명: _____ 학생과의 관계: _____ 전화번호: _____

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