

Место для
фотографии
учащегося

ALLERGIES/ANAPHYLAXIS MEDICATION ADMINISTRATION FORM

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | 2024-2025

Верните заполненную форму школьной медсестре или в школьный центр здоровья. Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

Фамилия ребенка: _____ Имя: _____ Инициал ср. имени: _____ Дата рождения: (месяц/день/год) _____
Пол: мужской женский Номер учащегося (OSIS) _____ Уч. уровень: _____ Класс: _____
Школа (название, номер, адрес и район): _____ Школьный округ DOE: _____

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ РЕБЕНКА / 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

Select In-School Medications

SEVERE REACTION

A. Immediately administer epinephrine ordered below, then call 911. Weight: _____

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

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

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

• Diphenhydramine Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ 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): _____ Please check one: MD DO NP PA

Signature: _____ Date: _____ NYS License # (Required): _____ NPI #: _____

Address: _____ Email address: _____

Telephone: _____ FAX: _____ Cell Phone: _____

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS

Rev 3/24

FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT

ТРЕБУЕТСЯ ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ на с. 2 / PARENTS MUST SIGN PAGE 2 →

ALLERGIES/ANAPHYLAXIS MEDICATION ADMINISTRATION FORM

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | 2024-2025

Верните заполненную форму школьной медсестре или в школьный центр здоровья. Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

РОДИТЕЛИ/ОПЕКУНЫ! ПРОЧИТАЙТЕ, ЗАПОЛНИТЕ И ПОДПИШИТЕ ФОРМУ. Я, НИЖЕПОДПИСАВШИЙСЯ, ВЫРАЖАЮ СОГЛАСИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЕ:

1. Я даю согласие на хранение и выдачу ребенку в школе лекарства в соответствии с предписаниями его лечащего врача. Я также даю согласие на хранение и применение в школе необходимых средств для введения лекарственного препарата.
2. Мне известно следующее:
 - Мне требуется обеспечить школьную медсестру/школьный центр здоровья (school based health center, SBHC) лекарственным препаратом и необходимыми средствами для его введения. По возможности я предоставлю школе автоинъекторы с эпинефрином (с убирающейся иглой).
 - **Все предоставляемые школе рецептурные и безрецептурные лекарственные препараты должны быть новыми, в запечатанной фабричной или аптечной упаковке. Я предоставляю школе назначенное на текущее время непросроченное лекарство для приема ребенком в течение учебного дня.**
 - Рецептурный препарат должен быть представлен в упаковке с аптечной этикеткой, на которой должны быть указаны 1) имя и фамилия ребенка, 2) название и телефон аптеки, 3) имя и фамилия врача ребенка, 4) дата, 5) число повторных заказов, 6) название препарата, 7) доза, 8) время приема, 9) способ приема и 10) другие инструкции.
 - Настоящим подтверждаю, что по согласованию с лечащим врачом ребенка я разрешаю Отделу школьного здравоохранения (OSH) применять имеющиеся в школе средства в случае отсутствия у ребенка собственных противоаллергических лекарств/эпинефрина.
 - Я обязуюсь **незамедлительно** уведомлять школьную медсестру/SBHC обо всех изменениях в лекарственных препаратах ребенка или инструкциях лечащего врача.
 - Сотрудники OSH и его представители, ответственные за предоставление ребенку вышеуказанной услуги/услуг, руководствуются информацией в этой форме.
 - Моя подпись в запросе на выдачу лекарств (Medication Administration Form, MAF) свидетельствует о моем согласии на предоставление ребенку медицинских услуг Отделом школьного здравоохранения (OSH). Эти услуги могут включать, в частности, клиническую оценку и медицинский осмотр, проводимые врачом или медсестрой OSH.
 - Врачебное предписание в этом запросе MAF истекает в конце учебного года, который может включать летние занятия, или по представлении мной новой формы MAF школьной медсестре/SBHC (в зависимости от того, что наступит ранее). По истечении этого врачебного предписания я представляю школьной медсестре/SBHC новую форму MAF, заполненную лечащим врачом ребенка.
 - Данная форма представляет собой мое согласие и запрос на предоставление ребенку описанных противоаллергических услуг. Она не является договором с OSH об оказании запрашиваемых услуг. В случае согласия OSH на предоставление этих услуг, ребенку также потребуется План адаптации (Section 504 Accommodation Plan), который оформляется школой.
 - В целях предоставления медицинских услуг или лечения ребенка я разрешаю OSH обращаться за необходимой информацией о состоянии здоровья ребенка, его лекарствах и/или лечении к врачам, медсестрам и фармацевтам, оказывавшим ребенку медицинские услуги.

ПРИМЕЧАНИЕ. В случае выбора в пользу имеющихся в школе лекарственных средств (stock medication), в дни школьных экскурсий и/или послешкольных программ вы должны обеспечить ребенка автоинъектором с эпинефрином (адреналином), противоастматическим ингалятором и другими утвержденными для самостоятельного приема лекарствами. Имеющиеся в школе препараты предназначены только для применения сотрудниками OSH в школе.

САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

- Настоящим заявляю/подтверждаю, что ребенок прошел обучение и может принимать лекарство самостоятельно. Я также разрешаю ребенку иметь при себе, хранить и самостоятельно принимать в школе указанное в форме лекарство. Я несу ответственность за предоставление ребенку лекарственных средств в упаковке, как описано выше. Я также несу ответственность за контроль приема лекарства ребенком, а также за все последствия приема этого препарата в школе. Школьная медсестра/SBHC удостоверяет способность ребенка иметь при себе и самостоятельно принимать препарат. Я даю согласие на предоставление запасного лекарства в упаковке с разборчивой этикеткой для хранения в школе.
- Я разрешаю школьной медсестре или прошедшим подготовку сотрудникам школы обеспечивать прием ребенком эпинефрина в случае временной утраты им способности хранить и принимать этот препарат самостоятельно.

Фамилия ребенка: _____ Имя: _____ Инициал ср. имени: _____ Дата рождения (м/д/г): _____
Сведения о школе (Номер DBN/название в ATS): _____ Район: _____ Шк. округ: _____
Имя и фамилия родителя/опекуна (печатными буквами): _____ Имейл родителя/опекуна: _____
Подпись родителя/опекуна: _____ Дата подписи: _____
Адрес родителя/опекуна: _____
Мобильный телефон родителя/опекуна: _____ Другой телефон: _____
Другое контактное лицо для срочной связи Имя/родство с учащимся: _____
Др. телефон для срочной связи: _____

Для служебных отметок Отдела школьного здравоохранения (OSH) / For Office of School Health (OSH) Use Only

OSIS #: _____ 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. / Конфиденциальную информацию не следует отправлять по электронной почте.