



запрос на выдачу лекарственных средств

ПОМИМО ДИАБЕТИЧЕСКИХ, ПРОТИВОСУДОРОЖНЫХ, ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКИХ ИЛИ ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | 2023-2024

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: _____ Среднее имя: _____ Дата рождения: _____

OSIS учащегося: _____ Пол: мужской женский

Школа (название, номер, адрес, район): _____ Школьный округ DOE: _____ Уч. уровень: _____

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 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: _____

УКАЗАНИЕ НЕПОЛНОЙ ИНФОРМАЦИИ О ЛЕЧАЩЕМ ВРАЧЕ РЕБЕНКА ВЕДЕТ К ЗАДЕРЖКЕ В ИСПОЛНЕНИИ ПРЕДПИСАНИЯ.

ЗАПОЛНЕНИЕ ФОРМЫ ВРАЧОМ-ОРДИНАТОРОМ НЕ ДОПУСКАЕТСЯ.

T-35514 (Russian)

Редакция 3/23

ТРЕБУЕТСЯ ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ на с. 2 →

запрос на выдачу лекарственных средств

ДАННАЯ ФОРМА ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПОМИМО ДИАБЕТИЧЕСКИХ, ПРОТИВОСУДОРОЖНЫХ, ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКИХ ИЛИ ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | 2023-2024

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:

- Я даю согласие на хранение и выдачу ребенку в школе лекарства в соответствии с предписаниями его лечащего врача. Также даю согласие на хранение и применение в школе необходимых средств для введения лекарственного препарата.
- Мне известно следующее:**
 - Мне требуется обеспечить школьную медсестру/школьный центр здоровья (school based health center, SBHC) лекарственным препаратом и необходимыми средствами для его введения.
 - 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.
 - Рецептурное лекарство должно быть в упаковке с **оригинальной** 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 применения и 10) другие инструкции.
 - Я обязуюсь **незамедлительно** уведомлять школьную медсестру/SBHC обо всех изменениях в лекарственных препаратах ребенка или инструкциях лечащего врача.
 - Учащимся запрещается иметь при себе или самостоятельно принимать контролируемые вещества.**
 - Отдел школьного здравоохранения (OSH) и его представители, ответственные за предоставление ребенку вышеуказанной услуги/услуг, руководствуются информацией, представленной в данной форме.
 - Своей подписью в Запросе на выдачу лекарств (medication administration form, MAF) я разрешаю OSH оказывать медицинские услуги ребенку. 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 представлю школьной медсестре/SBHC новую форму MAF, заполненную лечащим врачом ребенка.
 - Данная форма представляет собой мой запрос и разрешение на указанные услуги по выдаче лекарств. 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 моего 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.

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.
ПРИМЕЧАНИЕ. В дни школьных экскурсий и внешкольных мероприятий вы должны обеспечить ребенка лекарственным препаратом и средствами его введения.

Информация о ребенке. Фамилия: _____ Имя: _____ Инициал ср. имени: _____ Дата рождения: _____

Сведения о школе (Номер DBN/название в ATS): _____ Район: _____ Шк. округ: _____

Сведения о родителе/опекуне. Имя и фамилия (печатными буквами): _____ Имейл родителя/опекуна: _____

Подпись **родителя/опекуна:** _____ Дата подписи: _____

Адрес **родителя/опекуна:** _____

Телефоны: дневной: _____ домашний: _____ мобильный: _____

Другое контактное лицо для срочной связи

Имя и фамилия: _____ Отношение к учащемуся: _____ Телефон: _____

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