

MEDICATION ADMINISTRATION FORM

THIS FORM SHOULD NOT BE USED FOR ASTHMA OR ALLERGY MEDICATIONS
 Provider Medication Order Form | Office of School Health | School Year **2018-2019**
DUE: JULY 15th. Forms submitted after July 15th may delay processing for new school year.

Attach student photo here

Student Last Name _____	First Name _____	Middle _____	Date of birth ____/____/____ MM DD YYYY	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
OSIS Number _____				
School (include name, number, address and borough)			DOE District	Grade
Class _____				

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

<p>1. Diagnosis: _____ ICD-10 Code: <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Medication: _____ Generic and/or Brand Name Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ Route: _____</p> <p>Student Skill Level (Select the most appropriate option): <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry / self-administer (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES)</p> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Practitioner's Initials I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school / fieldtrips / school sponsored events.</p>	<p><u>In School Instructions</u> <input type="checkbox"/> Standing daily dose: at ____:____ AM / PM and ____:____ AM / PM AND/OR <input type="checkbox"/> PRN _____ _____ <i>specify signs, symptoms, or situations</i></p> <p><input type="checkbox"/> Time interval: __ minutes or __ hours as needed. <input type="checkbox"/> If no improvement, repeat in __ minutes or __ hours for a maximum of __ times.</p> <p><u>Conditions under which medication should not be given:</u></p>
<p>2. Diagnosis: _____ ICD-10 Code: <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Medication: _____ Generic and/or Brand Name Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ Route: _____</p> <p>Student Skill Level (Select the most appropriate option): <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry / self-administer (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES)</p> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Practitioner's Initials I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school / fieldtrips / school sponsored events.</p>	<p><u>In School Instructions</u> <input type="checkbox"/> Standing daily dose: at ____:____ AM / PM and ____:____ AM / PM AND/OR <input type="checkbox"/> PRN _____ _____ <i>specify signs, symptoms, or situations</i></p> <p><input type="checkbox"/> Time interval: __ minutes or __ hours as needed. <input type="checkbox"/> If no improvement, repeat in __ minutes or __ hours for a maximum of __ times.</p> <p><u>Conditions under which medication should not be given:</u></p>
<p>3. Diagnosis: _____ ICD-10 Code: <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Medication: _____ Generic and/or Brand Name Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ Route: _____</p> <p>Student Skill Level (Select the most appropriate option): <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry / self-administer (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES)</p> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Practitioner's Initials I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school / fieldtrips / school sponsored events.</p>	<p><u>In School Instructions</u> <input type="checkbox"/> Standing daily dose: at ____:____ am / pm and ____:____ AM / PM AND/OR <input type="checkbox"/> PRN _____ _____ <i>specify signs, symptoms, or situations</i></p> <p><input type="checkbox"/> Time interval: __ minutes or __ hours as needed. <input type="checkbox"/> If no improvement, repeat in __ minutes or __ hours for a maximum of __ times.</p> <p><u>Conditions under which medication should not be given:</u></p>

HOME Medications (include over-the counter)

Health Care Practitioner (Please Print)	LAST NAME _____	FIRST NAME _____	Signature _____
Address _____	Tel. No. (____) _____	Fax. No (____) _____	
E-mail address _____	Cell phone (____) _____		
NYS License No (Required) _____	NPI No. _____	Date ____/____/____	

ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ЛЕКАРСТВА

ДАННАЯ ФОРМА НЕ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ ЗАПРОСА НА ВЫДАЧУ СРЕДСТВО ОТ АСТМЫ И ДИАБЕТА

Форма назначения лекарственного препарата | Отдел школьного здравоохранения | 2018–2019 уч. год

СРОК ПОДАЧИ: 15 ИЮЛЯ Подача запроса после указанного срока может привести к задержке предоставления услуг в новом уч. году.

ЗАЯВЛЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ/ОПЕКУНОВ

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. Также даю согласие на хранение и применение в школе инструментов/материалов для введения лекарства.
2. Мне известно, что
 - Я обязан предоставить школьной медсестре лекарство и необходимые инструменты.
 - **Все рецептурные и безрецептурные лекарственные препараты, предоставляемые школе, должны быть новыми, в запечатанной фабричной или аптечной упаковке.** Для применения вне школы и во время школьных поездок обязуюсь предоставить ребенку другое лекарство.
 - Рецептурное лекарство должно быть в упаковке с **оригинальной** аптечной этикеткой, включающей 1) имя и фамилию ребенка, 2) название и телефон аптеки, 3) имя и фамилию выписавшего препарат врача, 4) дату, 5) число повторных заказов, 6) название препарата, 7) дозу, 8) периодичность приема, 9) способ применения и/или другие инструкции.
 - Я обязан **незамедлительно** информировать школьную медсестру о любых изменениях, связанных с приемом лекарства или предписаниями врача.
 - **Учащимся не разрешается иметь при себе и 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 Отделу школьного здравоохранения (Office of School Health, OSH) оказывать медицинские услуги ребенку. Эти услуги могут включать клиническую оценку и медицинский осмотр, проводимые врачом или медсестрой OSH.
 - Форма назначения лекарственного препарата в MAF истекает в конце учебного года, который может включать летние занятия, или по представлении мной новой формы MAF школьной медсестре (в зависимости от того, что наступит ранее).
 - Данная форма представляет собой мой запрос и разрешение на указанные услуги по выдаче лекарств. Она не является согласием OSH об оказании запрашиваемых услуг. В случае согласия OSH на предоставление этих услуг, ребенку также потребуется План по адаптации Student Accommodation Plan), который оформляется школой.
 - OSH вправе обращаться за необходимой информацией о состоянии здоровья ребенка, его лекарствах и/или лечении к любым поставщикам медицинских и/или фармацевтических услуг, оказывавшим помощь ребенку.
 - В случае отсутствия школьной медсестры я могу быть уведомлен о необходимости явиться в школу для выдачи лекарства ребенку.

САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

- Настоящим заявляю/подтверждаю, что ребенок прошел обучение и может принимать лекарство самостоятельно. Я разрешаю ребенку иметь при себе, хранить и самостоятельно принимать в школе указанное в данной форме лекарство. Я несу ответственность за предоставление ребенку лекарственных средств в упаковке, как описано выше. Я также несу ответственность за контроль использования лекарства ребенком, а также за все последствия приема этого препарата в школе. Школьная медсестра удостоверяет способность ребенка иметь при себе и самостоятельно принимать препарат. Я даю согласие на предоставление запасного лекарства в упаковке с разборчиво надписанной этикеткой для хранения в школе.
- Я даю согласие на выдачу лекарства школьной медсестрой или обученным сотрудником в случае временной невозможности ребенка иметь при себе и самостоятельно принимать препарат.

ПРИМЕЧАНИЕ. В дни школьных экскурсий и/или внешкольных мероприятий родителям рекомендуется обеспечить ребенка лекарственными препаратами и инструментами.

Ребенок: Фамилия	Имя	Инициал ср. имени	Дата рождения	Школа
Имя и фамилия родителя/опекуна (печатными буквами)			ПОДПИСЬ → Подпись родителя/опекуна	
Дата подписи	Email родителя/опекуна		Адрес родителя/опекуна:	
Телефоны: дневной		домашний	мобильный	
Другое контактное лицо для срочной связи:			Телефон контактного лица	

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

OSIS Number:			
Received by: Name	Date	Reviewed by: Name	Date
<input type="checkbox"/> 504	<input type="checkbox"/> IEP	<input type="checkbox"/> Other	Referred to School 504 Coordinator: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Services provided by: <input type="checkbox"/> Nurse/NP		<input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor	<input type="checkbox"/> School Based Health Center
		<i>(For supervised students only)</i>	
Signature and Title (RN OR SMD):		Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison	
Revisions as per OSH contact with prescribing health care practitioner <input type="checkbox"/> Modified <input type="checkbox"/> Not Modified			

*Конфиденциальная информация не подлежит пересылке по электронной почте.