

Attach student photo here

ALLERGIES/ANAPHYLAXIS MEDICATION ADMINISTRATION FORM

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

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

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

Specify Allergy	Specify Allergy	Specify Allergy
<input type="checkbox"/> Allergy to	<input type="checkbox"/> Allergy to	<input type="checkbox"/> Allergy to
History of asthma? <input type="checkbox"/> Yes (If yes, student has an increased risk for a severe reaction) <input type="checkbox"/> No	Does this student have the ability to:	
History of anaphylaxis? <input type="checkbox"/> Yes Date ____/____/____ <input type="checkbox"/> No	Self-Manage (See 'Student Skill Level' below) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
If yes, system affected <input type="checkbox"/> Respiratory <input type="checkbox"/> Skin <input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Neurologic	Recognize signs of allergic reactions <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Treatment Date ____/____/____	Recognize/avoid allergens independently <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
History of allergy testing? <input type="checkbox"/> Yes (attach copy of results) Date ____/____/____ <input type="checkbox"/> No	Comments:	

Select In School Medications

1. SEVERE REACTION

- **CALL 911**, Immediately administer:
- Epinephrine** Auto-Injector 0.15 mg
- Epinephrine** Auto-Injector 0.3 mg (retractable devices preferred) intramuscularly into the anterolateral of thigh for the following symptoms:
 - 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 symptoms after a sting or eating these foods, **give epinephrine.**
- If no improvement, or if symptoms recur, repeat in _____ minutes for maximum of _____ times (not to exceed a total of 3 doses)

Student Skill Level (select the most appropriate option)

- Dependent Student: nurse/nurse-trained staff must administer
- Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
- Independent Student: student is self-carry/self-administer

Practitioner's
Initials

I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/fieldtrips/school sponsored events.

2. MILD REACTION:

- Give antihistamine: Name: _____ Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ Route: _____
Frequency: Q4 hours or Q6 hours as needed for the following symptoms:
 - Itchy nose, sneezing, itchy mouth
 - A few hives
 - Mild stomach nausea or discomfort
 - Other: _____
- If symptoms of severe allergy/anaphylaxis develop, use epinephrine.

Student Skill Level (select the most appropriate option)

- Dependent Student: nurse must administer
- Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
- Independent Student: student is self-carry/self-administer

Practitioner's
Initials

I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/fieldtrips/school sponsored events.

3. OTHER MEDICATION (e.g., inhaler/bronchodilator if child has asthma):

- Give Name: _____ Preparation/Concentration: _____ Dose: _____
Route: _____ Frequency: Q _____ minutes hours as needed
- 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

Practitioner's
Initials

I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/fieldtrips/school sponsored events.

Home Medications (include over-the counter)

Health Care Practitioner Name LAST (Please Print)	FIRST	Signature	Date ____/____/____
Address		Tel. (____) ____-____	Fax. (____) ____-____
NYS License # (Required)	NPI #		

알레르기/아나필락시스 약물 투약 양식

주치의 투약 지시 양식 | 학교 보건 담당실 | 2018-2019 학년도

제출 마감일: 7월 15일, 7월 15일 이후 양식을 제출할 경우 신 학년도 서비스 제공이 지연될 수 있습니다.

학부모/보호자께서는 아래 서명해 주십시오.

저는 이에 서명함으로써 다음 내용에 동의합니다:

1. 저는 제 자녀의 의사 지시에 따라 학교에서 약물을 보관하고 투약하는 것에 동의합니다. 또한 저는 제 자녀의 의료에 필요한 일체의 장비를 학교에 보관하고 사용하는 것에 동의합니다.
2. 저는 다음을 이해합니다:
 - 제 자녀의 약물 및 관련 장비는 반드시 제가 학교 간호사에게 제공해야 합니다. 저는 개폐식 바늘이 달린 에피네프린 펜을 학교에 제공하도록 노력하겠습니다.
 - 제가 학교에 제공하는 모든 처방된 또는 약국에서 구입한(“over-the-counter”) 약품은 개봉되지 않은 새 제품으로 제품 본래의 병이나 박스에 담긴 것이어야 합니다. 제 자녀가 학교 외의 장소나 견학 등에서 사용할 수 있도록 별도의 약물을 준비하겠습니다.
 - 처방 약물은 반드시 박스나 병에 고유의 약국 라벨이 붙어 있어야 합니다. 라벨에는 반드시 다음 내용이 포함되어야 합니다: 1) 제 자녀의 성명, 2) 약국명 및 전화번호, 3) 제 자녀의 주치의 성명, 4) 날짜, 5) 리필 횟수, 6) 약물 이름, 7) 투약 용량, 8) 약물 투약 시기, 9) 투약 방법 및 10) 기타 지시 사항.
 - 제 자녀의 약물이나 주치의의 지시 내용에 변동이 있을 경우 저는 즉시 학교 간호사에게 이 사실을 알려야 합니다.
 - OSH 및 제 자녀에게 보건 서비스(들)를 제공하는 그 대행기관들은 본 양식의 정확성에 의존하고 있습니다.
 - 본 투약 허가 양식(MAF)에 서명함으로써, 학교 보건 담당실(OSH)은 제 자녀에게 보건 서비스를 제공할 수 있습니다. 이러한 서비스에는 OSH 보건 전문가 또는 간호사가 실시하는 임상 평가나 신체 검사 등이 포함될 수 있습니다.
 - 본 MAF 에 명시된 투약 지시의 시효는 제 자녀의 학년도(써머 세션 포함 가능)말, 또는 제가 학교 간호사에게 신규 MAF 를 제공하는 시점(둘 중에 더 빠른 시점)을 기준으로 종료됩니다.
 - 본 양식은 저의 동의 및 본 양식에 명시된 알레르기 대처 서비스 요청을 대변합니다. 그러나 이것은 OSH 에서 요청된 서비스를 제공하는 것에 동의함을 뜻하지는 않습니다. 만약 OSH 에서 이러한 서비스를 제공하기로 결정한 경우, 제 자녀는 학생 조정 계획도 필요하게 될 것입니다. 이 계획은 학교에서 작성합니다.
 - OSH 는 제 자녀의 상태나 투약 또는 치료에 관해 필요하다고 생각되는 추가 정보를 입수할 수 있습니다. OSH 는 이러한 정보를 제 자녀에게 보건 서비스를 제공한 적이 있는 그 어떤 의사, 간호사, 약사로부터도 입수할 수 있습니다.
 - 학교 간호사가 없을 경우, 학교에서는 제가 학교에 직접 가서 제 자녀에게 투약하도록 연락할 수 있습니다.

약물 자가 투여:

- 저는 제 자녀가 혼자서 투약할 수 있도록 완전하게 훈련 받았음을 인증/확인합니다. 저는 제 자녀가 본 양식에 명시된 약물을 혼자서 학교에 가져가고, 보관하고 투약하는 것에 동의합니다. 저는 상기 명시된 약물을 병이나 상자에 담아 제 자녀에게 주는 것에 관한 온전한 책임을 지고 있습니다. 또한 저는 제 자녀의 약물 사용 모니터 및 자녀가 학교에서 본 약물을 사용함으로써 야기되는 모든 결과에 대한 책임을 지겠습니다. 학교 간호사는 제 자녀가 스스로 이 약물을 소지하고 투약할 수 있는 능력에 관해 확인해 줄 것입니다. 또한 저는 학교에 “비상” 약품을 명확히 라벨이 부착된 병이나 상자에 담아 제공하는 것에 동의합니다.
- 저는 제 자녀가 일시적으로 해당 약품을 자가 투여하지 못할 때를 대비하여 학교 간호사나 훈련된 학교 직원이 투약하는 것에 동의합니다.
- 저는 제 자녀의 천식 또는 에피네프린 약물이 없을 경우 OHS 가 비축 약품을 투여하는 것에 동의하며, 이 사실을 의사와 의논하였음을 인증/확인합니다.

주의: 비축 약품을 사용할 것을 선택하셨다면, 귀하는 반드시 자녀의 에피네프린, 천식 흡입기 및 기타 승인된 자가 투약품을 학교 견학 및/또는 방과 후 프로그램에서 자녀가 사용할 수 있도록 보내셔야 합니다. 비축 약품은 OSH 에 의해 교내에서만 사용될 수 있습니다.

학생 성	이름	미들네임	생년월일	학교
학부모/보호자 성명 인쇄체로 기입	여기에 서명 →			학부모/보호자의 서명
서명일	학부모/보호자 이메일		학부모/보호자의 주소	
전화번호: 주중	자택		휴대전화 번호	
기타 비상 연락 정보	연락처 전화번호			

For Office of School Health (OSH) Use Only / 학교 보건 담당실(OSH) 작성란

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 <i>(For supervised students only)</i>	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Modified <input type="checkbox"/> Not Modified			

*가밀 정보는 이메일로 보내지 마십시오