

Parent must complete and SIGN reverse side of this Medication Form and submit to nurse along with a current photograph attached to upper left corner.

MEDICATION ADMINISTRATION FORM Authorization for Administration of Medication to Students for School Year 2009–2010	Student's Name (<i>Last, First, Middle</i>)		Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>	Date of Birth	I.D. Number
	DOE Region/District	School (PS, IS, etc. and Name)		Grade	Class
	School Address				Zip Code

Physician's Order	Check Medication and Order Type	Instructions for lack of improvement or adverse reaction	Choose all that are appropriate
<p>1. Diagnosis ASTHMA <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>SEVERITY:</p> <p><input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Moderate Persistent*</p> <p><input type="checkbox"/> Mild Persistent* <input type="checkbox"/> Severe Persistent*</p> <p><input type="checkbox"/> Exercise Induced</p> <p>*National guidelines recommend inhaled corticosteroids for children with persistent asthma.</p> <p>INDICATE HOME MEDS IN BOTTOM LEFT BOX.</p>	<p><i>Stock supply only available for Ventolin HFA. (see back)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ventolin HFA (may be provided by school for shared usage).</p> <p><input type="checkbox"/> Other HFA _____ (to be provided by parent).</p> <p style="text-align: center;">ORDER TYPE</p> <p><input type="checkbox"/> Standard order. 2 puffs q 4 hrs. via MDI and spacer prn cough, wheeze, tightness in chest, difficulty breathing or shortness of breath. May repeat in 15 mins x 2 if no improvement (3 total).</p> <p><input type="checkbox"/> Pre exercise. 2 puffs via MDI with spacer 15-30 minutes before exercise.</p> <p><input type="checkbox"/> URI or recent asthma flare (within 3 days). 2 puffs @ noon via MDI inhaler and spacer for 3-5 days.</p>	<p>If improved, but not enough to return to class, call parent. If significant respiratory distress persists, call 911 and notify parent and PMD. May provide additional puffs as needed until EMS arrives.</p>	<p><input type="checkbox"/> Student may carry medication and may self-administer. (PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE.)</p> <p><input type="checkbox"/> Store medication in medical room and student to self-administer under observation.</p> <p><input type="checkbox"/> Store medication in medical room and nurse to administer.</p>

<p>2. Diagnosis _____</p> <hr/> <p>Medication/Preparation/Concentration</p> <hr/> <p>Dose/Route</p> <p><input type="checkbox"/> Diagnosis substantially controlled with medication.</p> <p><input type="checkbox"/> Diagnosis not substantially controlled with medication.</p>	<p><input type="checkbox"/> Standing daily dose. Specify time(s): _____</p> <p style="text-align: center;">----- AND/OR -----</p> <p><input type="checkbox"/> prn _____</p> <p style="text-align: center;"><i>specific signs, symptoms or situations</i></p> <p>Time interval: q ____ hours as needed</p> <p>Any repeats if no improvement? <input type="checkbox"/> Yes, in ____ hr/mins, max ____ times</p>	<p>Conditions under which medication should not be given:</p> <hr/> <hr/>	<p><input type="checkbox"/> Student may carry medication (includes epi pen and MDI) and may self-administer. (PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE.)</p> <p>NOT FOR CONTROLLED SUBSTANCES.</p> <p><input type="checkbox"/> Store medication in medical room and student to self-administer under observation.</p> <p><input type="checkbox"/> Store medication in medical room and nurse to administer.</p>
--	--	---	--

<p>3. Diagnosis _____</p> <hr/> <p>Medication/Preparation/Concentration</p> <hr/> <p>Dose/Route</p> <p><input type="checkbox"/> Diagnosis substantially controlled with medication.</p> <p><input type="checkbox"/> Diagnosis not substantially controlled with medication.</p>	<p><input type="checkbox"/> Standing daily dose. Specify time(s): _____</p> <p style="text-align: center;">----- AND/OR -----</p> <p><input type="checkbox"/> prn _____</p> <p style="text-align: center;"><i>specific signs, symptoms or situations</i></p> <p>Time interval: q ____ hours as needed</p> <p>Any repeats if no improvement? <input type="checkbox"/> Yes, in ____ hr/mins, max ____ times</p>	<p>Conditions under which medication should not be given:</p> <hr/> <hr/>	<p><input type="checkbox"/> Student may carry medication (includes epi pen and MDI) and may self-administer. (PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE.)</p> <p>NOT FOR CONTROLLED SUBSTANCES.</p> <p><input type="checkbox"/> Store medication in medical room and student to self-administer under observation.</p> <p><input type="checkbox"/> Store medication in medical room and nurse to administer.</p>
--	--	---	--

List medication(s) student takes at home and at what time:	Health Care Practitioner (HCP) Name (PLEASE PRINT)		HCP Signature		FOR DOHMH USE: Revisions per DOHMH after consultation with prescribing provider
	HCP/Clinic Address				
	HCP/Clinic Tel. No.	HCP/Clinic Fax No.	NYS Registration No. (Required)	Date	

INCOMPLETE PROVIDER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS

استمارة إعطاء الدواء (MAF): موافقة وتصريح الوالدة(ة) أو ولي(ة)الأمر
للعلم الدراسي 2010-2009

أصرح بموجبه بتخزين وإعطاء الدواء، وكذلك تخزين واستخدام التجهيزات اللازمة لإعطاء ذلك الدواء وفقاً لتعليمات طبيب طفلي. وأفهم أنه يتوجب علي أن أقوم بتزويد المدرسة بالدواء والتجهيزات اللازمة لإعطائه بما في ذلك جهاز استنشاق الأدوية غير الفينتولين. ويجب أن يكون الدواء في عبوته الأصلية الصادرة من الصيدلية وحاملة لبطاقة تحمل معلومات صحيحة (وينبغي علي أن أحصل على عبوة أخرى مثلها لاستخدام طفلي خارج المدرسة)؛ ويجب أن تتضمن بطاقة الدواء الموصوف اسم التلميذ، واسم ورقم هاتف الصيدلية، واسم الطبيب المرخص الوافد للدواء، وتواريخ وعدد المرات المسموح بها إعادة تعبئة الدواء، واسم الدواء، ومقدار الجرعات، وعدد مرات إعطاء الدواء، وطريقة تناول الدواء و/ أو تعليمات أخرى؛ ويجب أن تكون الأدوية غير الموصوفة طبيياً وعينات الأدوية معبأة في عبواتها الأصلية من الشركة المصنعة لها، مع اسم التلميذ ملصقاً على العبوة. كما أفهم أنه في حالة زودت المدرسة بجهاز الاستنشاق لمرضى الربو، فيجب أن أقدمه لها في عبوته الأصلية وغير المفتوحة. كما أفهم أنه يتوجب علي أن أبلغ مدير(ة) المدرسة و/ أو من ينوب عنه فوراً، وخصوصاً ممرض(ة) المدرسة، عن أي تغيير يطرأ على الدواء الموصوف أو على التعليمات المذكورة أعلاه. وأفهم أنه لن يسمح لأي تلميذ أن يحمل مواد مراقبة أو أن يقوم بتناولها بنفسه.

كما أفهم أن مفعول هذا التصريح يسري فحسب حتى حلول أي من التاريخين التاليين أولاً: (1) تاريخ 30 يونيو/ حزيران، 2010 (يمكن تمديد هذه الوصفة الطبية حتى نهاية شهر أغسطس/ آب إن كان التلميذ يداوم في برنامج دراسي صيفي لإدارة التعليم لمدينة نيويورك (المشار إليها فيما بعد بكلمة "إدارة التعليم"))؛ أو (2) تاريخ تسليمي إلى مدير(ة) المدرسة أو من ينوب عنه، وإلى ممرض(ة) المدرسة وصفة طبية جديدة أو تعليمات جديدة يقوم طبيب طفلي بإصدارها بشأن إعطاء الدواء الموصوف أعلاه. ويتقدمي استمارة إعطاء الدواء هذه، فإنني أطلب أن يتم تزويد طفلي بخدمات صحية محددة تقوم بتقديمها إدارة التعليم وإدارة الصحة البدنية والصحة العقلية لمدينة نيويورك (المشار إليها فيما بعد بكلمة "إدارة الصحة") من خلال مكتب الصحة المدرسية. وأنا أفهم أنه إذا قمت بتزويد المدرسة بجهاز الاستنشاق لمرضى الربو، فإن ذلك قد يستلزم تقييم طبيب من مكتب الصحة المدرسية لطفلي لتحديد استجابة طفلي للدواء الموصوف. التعليمات التامة والكاملة بشأن تقديم الخدمة أو الخدمات الصحية المطلوبة أعلاه مذكورة في استمارة إعطاء الدواء هذه. وأفهم أن إدارة التعليم وإدارة الصحة، وكلاء وموظفي الإدارتين الذين لهم علاقة بتقديم الخدمة أو الخدمات الصحية المطلوبة أعلاه يعتمدون على صحة المعلومات التي قدمتها في هذه الاستمارة. إن هدفي هو أن يُعطى طفلي الخدمة أو الخدمات الصحية حسب المعلومات والتعليمات التي أقدمها هنا في هذه الاستمارة. وأفهم أيضاً أن إدارة التعليم وإدارة الصحة لا تتحملان مع وكلائهما مسؤولية أي مفعول عكسي لهذا الدواء.

وأقر بأن هذه الاستمارة ليست اتفاقية مع إدارة التعليم أو إدارة الصحة لتقديم الخدمات المطلوبة، ولكنها بالأحرى تمثل طلبي وموافقتي وتصريحي بتقديم هذه الخدمات، وإذا تقرر أن هذه الخدمات ضرورية، فقد يتطلب الأمر رسم خطة للترتيبات الخاصة بالتلميذ ستقوم المدرسة بوضعها.

وأصرح بموجبه لإدارة التعليم وإدارة الصحة، وموظفيهما، ووكلائهما، أن يتصلوا بأي مقدم للرعاية الصحية و/ أو صيدلي قام بتقديم الخدمات الطبية أو الصحية لطفلي، وأن يحصلوا منهم على أية معلومات إضافية قد يرونها ملائمة بشأن حالة طفلي الطبية، و/ أو دوائه، و/ أو علاجه.

تناول التلميذ للدواء بنفسه: وقع بالحرف الأول من اسمك الأول والأخير على هذه الفقرة للموافقة على استخدام (Epi-Pen)، وجهاز الاستنشاق لمرضى الربو، وأي أدوية أخرى معتمدة يمكن للمريض تناولها بنفسه):

أشهد بموجبه أن طفلي قد تلقى كافة التعليمات المطلوبة، وأنه قادر على تناول الدواء الموصوف بنفسه. كما أصرح لطفلي بأن يقوم أثناء وجوده في المدرسة بحمل الدواء الموصوف أعلاه، وخزنه، وتناوله بنفسه. وأقر بأنني مسؤول عن تزويد طفلي بذلك الدواء في عبوات تحمل بطاقات كما هو مبين أعلاه، وبأنني مسؤول أيضاً عن مراقبة جميع وأي من الاستخدامات لطفلي لذلك الدواء، فضلاً عن جميع وأي من العواقب الناجمة عن استخدام طفلي لذلك الدواء في المدرسة. كما أصرح بموجبه لكل من إدارة التعليم وإدارة الصحة، ووكلائهما وموظفيهما، بما فيهم مدير(ة) المدرسة و/ أو من ينوب عنه، وممرض(ة) المدرسة ومعلم(ة) أو معلمي طفلي، أن يعطوا ذلك الدواء وفقاً للتعليمات الصادرة عن طبيب طفلي في حالة عدم قدرة طفلي مؤقتاً على تناول ذلك الدواء بنفسه. وأفهم أن ممرض(ة) المدرسة سيتأكد من قدرة طفلي على حمل الدواء بنفسه وتناوله بنفسه بشكل مسؤول في المدرسة. وعلاوة على هذا، أوافق على أن أزود المدرسة بدواء "احتياطي" بعبوة تحمل بطاقة معنونة بوضوح لتحفظ في الغرفة الطبية في حالة لم يكن لدى طفلي دواء كاف لتناوله بنفسه. كما أصرح لمدير(ة) المدرسة أو من ينوب عنه، وممرض(ة) المدرسة أن يُخزّن و/ أو يعطي لطفلي ذلك الدواء في حال لم يكن طفلي قادراً لفترة مؤقتة على الاحتفاظ بهذا الدواء وتناوله بنفسه.

أشهد بموجبه بأنني قد تشاورت مع مقدم العلاج الطبي لطفلي و باتني أصرح لمكتب الصحة المدرسية بإعطاء عقار الفينتولين من المخزون الاحتياطي في حالة عدم توفر دواء الربو الموصوف الخاص بطفلي.

يرجى كتابة اسم وعنوان الوالدة(ة) أو ولي(ة)الأمر بخط واضح أدناه:

توقيع الوالدة(ة) أو ولي(ة)الأمر _____

تاريخ التوقيع _____

رقم الهاتف أثناء النهار/ رقم هاتف المنزل _____

(لا تكتب أدناه - لاستخدام إدارة التعليم، وإدارة الصحة فقط)
(FOR DOE AND DOHMH ONLY)

Student's Name: _____

OSIS No: _____

Received by: _____
Name Date

Reviewed by: _____
Name Date

Referred to School 504 Coordinator Yes No

Self-Administers/Self-Carries: Yes No

Services provided by: Nurse DOHMH Public Health Adv.

School Based Health Center DOE School Staff

Signature and Title: _____
(RN OR MD)

(Date school notified and form forwarded to DOE Liaison)