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 *(Last, First, Middle)*		Male ☐ Female ☐	Date of Birth	I.D. Number	
DOE Region/District	School (PS, IS, etc. and Name)		Grade	Class	Borough
School Address					Zip Code

Physician's Order

Physician's Order	*Check Medication and Order Type*	*Instructions for lack of improvement or adverse reaction*	*Choose all that are appropriate*
1. Diagnosis ASTHMA ☐ Yes ☐ No **SEVERITY:** ☐ Intermittent ☐ Moderate Persistent* ☐ Mild Persistent* ☐ Severe Persistent* ☐ Exercise Induced *National guidelines recommend inhaled corticosteroids for children with persistent asthma. **INDICATE HOME MEDS IN BOTTOM LEFT BOX.**	Stock supply only available for Ventolin HFA. *(see back)* ☐ Ventolin HFA (may be provided by school for shared usage). ☐ Other HFA ________ (to be provided by parent). **ORDER TYPE** ☐ **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). ☐ **Pre exercise**. 2 puffs via MDI with spacer 15-30 minutes before exercise. ☐ **URI or recent asthma flare** (within 3 days). 2 puffs @ noon via MDI inhaler and spacer for 3-5 days.	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.	☐ Student may carry medication and may self-administer. ***(PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE.)*** ☐ Store medication in medical room and student to self-administer under observation. ☐ Store medication in medical room and nurse to administer.
2. Diagnosis ________ ________ Medication/Preparation/Concentration ________ Dose/Route ☐ Diagnosis substantially controlled with medication. ☐ Diagnosis not substantially controlled with medication.	☐ Standing daily dose. Specify time(s): ________ ***AND/OR*** ☐ prn ________ *specific signs, symptoms or situations* Time interval: q ____hours as needed Any repeats if no improvement? ☐ Yes, in _____ hr/mins, max _____ times	Conditions under which medication should not be given: ________ ________	☐ Student may carry medication (includes epi pen and MDI) and may self-administer. ***(PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE.)*** NOT FOR CONTROLLED SUBSTANCES. ☐ Store medication in medical room and student to self-administer under observation. ☐ Store medication in medical room and nurse to administer.
3. Diagnosis ________ ________ Medication/Preparation/Concentration ________ Dose/Route ☐ Diagnosis substantially controlled with medication. ☐ Diagnosis not substantially controlled with medication.	☐ Standing daily dose. Specify time(s): ________ ***AND/OR*** ☐ prn ________ *specific signs, symptoms or situations* Time interval: q ____hours as needed Any repeats if no improvement? ☐ Yes, in _____ hr/mins, max _____ times	Conditions under which medication should not be given: ________ ________	☐ Student may carry medication (includes epi pen and MDI) and may self-administer. ***(PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE.)*** NOT FOR CONTROLLED SUBSTANCES. ☐ Store medication in medical room and student to self-administer under observation. ☐ Store medication in medical room and nurse to administer.

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

মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফরম (এমএএফ): পিতামাতা/অভিভাবকের সম্মতি ও অনুমোদন

২০০৯-২০১০

আমি এইমর্মে আমার সন্তানের চিকিৎসকের পরামর্শ অনুসারে এই ওষুধ মজুত ও প্রয়োগ এবং ওষুধ প্রয়োগের প্রয়োজনীয় উপকরণ মজুত ও ব্যবহার করার অনুমতি দিচ্ছি। আমি জানি যে, ওষুধপ্রদানের জন্য ওষুধ এবং নন-ভেন্টোলিন ইনহেলারসহ প্রয়োজনীয় উপকরণ আমাকেই সরবরাহ করতে হবে। ফার্মেসি থেকে সংগৃহীত একটি যথাযথ মোড়ক লাগান মূল পাত্রে এই ওষুধ সরবরাহ করতে হবে (এরকম আরেকটি পাত্র আমাকে সংগ্রহ করতে হবে স্কুলের বাইরে আমার সন্তানের ব্যবহারের জন্য); চিকিৎসক নির্দেশিত ওষুধের মোড়কে অবশ্যই শিক্ষার্থীর নাম, ফার্মেসির নাম ও ঠিকানা, লাইসেন্সধারী চিকিৎসকের নাম, ওষুধ রিফিল করার তারিখ ও সংখ্যা, ওষুধের নাম, মাত্রা, কতবার প্রয়োগ করতে হবে, কোথায় প্রয়োগ করা হবে এবং/অথবা অন্য কোন নির্দেশ লেখা থাকবে; প্রেসক্রিপশন ছাড়া যেসব ওষুধ দেয়া হয় বা নমুনা ড্রাগের ক্ষেত্রে সেগুলো প্রস্তুতকারীর মূল পাত্রে এবং পাত্রের গায়ে শিক্ষার্থীর নাম লেখা থাকতে হবে। আমি জানি যে আমি যদি অ্যাজমা ইনহেলার জোগান দিই তাহলে অবশ্যই তা দিতে হবে মূল মোড়কে এবং মোড়কের মুখ বন্ধ অবস্থায়। আমি এও জানি যে চিকিৎসকের ব্যবস্থাপত্রে বা নির্দেশে কোন পরিবর্তন হলে আমাকে তা অবিলম্বে প্রিন্সিপ্যাল এবং/অথবা তার মনোনীত ব্যক্তি, বিশেষ করে স্কুল নার্সকে জানাতে হবে।
আমি জানি যে কোন শিক্ষার্থীকে নিয়ন্ত্রিত ওষুধপত্র কাছে রাখতে বা নিজ চেষ্টায় গ্রহণ করতে দেয়া হবে না।

আমি জানি যে, এই অনুমোদন (১) ***৩০ জুন ২০১০ সালের আগে পর্যন্ত*** (শিক্ষার্থী যদি নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব এডুকেশন (ডিপার্টমেন্ট) অর্থায়িত গ্রীষ্মকালীন নির্দেশনা কর্মসূচিতে অংশগ্রহণ করে, তাহলে এই ব্যবস্থাপত্র অগাস্ট মাস অবধি সম্প্রসারিত করা যাবে); অথবা (২) আমি প্রিন্সিপ্যাল এবং/অথবা তার ব্যক্তি(গণ)কে আমার সন্তানের চিকিৎসা বিষয়ে চিকিৎসকের নতুন ব্যবস্থাপত্র সরবরাহ না করা পর্যন্ত কার্যকর থাকবে। এই এমএএফ জমা দিয়ে আমি আমার সন্তানকে নির্দিষ্ট স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানের জন্য স্কুল হেলথ অফিসের ("ওএসএইচ") মাধ্যমে ডিপার্টমেন্ট এবং নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ অ্যান্ড মেন্টাল হাইজিন ("ডিওএইচএমএইচ")-কে অনুরোধ করছি। আমি বুঝেছি যে এসব পরিষেবার কোন কোন অংশের জন্য আমার সন্তান ব্যবস্থাপত্র অনুসারে প্রদত্ত ওষুধে কেমন সাড়া দিচ্ছে তা ওএসএইচ চিকিৎসককে দিয়ে মূল্যায়ন করার প্রয়োজন হতে পারে। আমি এই এমএফএ-তে প্রার্থিত স্বাস্থ্য পরিষেবা সম্পর্কিত পূর্ণাঙ্গ ও যাবতীয় তথ্য ও নির্দেশের কথা উল্লেখ করেছি। আমি জানি যে উপরে উল্লিখিত স্বাস্থ্য পরিষেবার সাথে ডিপার্টমেন্ট, ডিওএইচএমএইচ এবং তাদের প্রতিনিধিরা এই ফরমে বর্ণিত আমার সন্তানের চিকিৎসাগত তথ্য ও নির্দেশাবলির নির্ভুলতার উপর নির্ভর করছেন। আমি চাই যে, এই এমএএফ-তে আমি যে তথ্য ও নির্দেশনার কথা উল্লেখ করেছি সে অনুযায়ী আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য পরিষেবা(সমূহ) দেয়া হোক। আমি জানি যে আমার সন্তানের জন্য চিকিৎসকের ব্যবস্থাপত্র অনুযায়ী ওষুধ সরবরাহ করার দায়িত্ব আমার। আমি আরও জানি যে এই ওষুধের কোন বিরূপ প্রতিক্রিয়ার জন্য ডিপার্টমেন্ট বা এর প্রতিনিধিরা দায়ী নন।

আমি জানি যে এই ফরম প্রার্থিত পরিষেবা প্রদানে ডিপার্টমেন্ট বা ডিওএইচএমএইচ সম্পাদিত কোন চুক্তিপত্র নয়, বরং এটি এ ধরনের পরিষেবা দেয়ার জন্য আমার অনুরোধ, সম্মতি, অনুমোদন ও দায়মুক্তির পরিচায়ক। যদি এটা সাব্যস্ত হয় যে এসব পরিষেবা প্রদান আবশ্যক, তাহলে শিক্ষার্থীকে এ সুযোগ প্রদানের জন্য একটি পরিকল্পনা তৈরির প্রয়োজন হতে পারে এবং সেটির ব্যবস্থা করবে স্কুল।

আমি এইমর্মে ডিপার্টমেন্ট, ডিওএইচএমএইচ এবং তাদের কর্মচারী ও প্রতিনিধিদেরকে আমার সন্তানের স্বাস্থ্য, ওষুধ এবং/অথবা চিকিৎসা বিষয়ে অতিরিক্ত তথ্য যা জেনে নেয়া প্রয়োজন বলে মনে করেন, সেগুলো যেকোন স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী এবং/অথবা ফার্মাসিস্টের সাথে আলোচনা করতে বা তাদের কাছ থেকে জেনে নিতে অনুমতি দিচ্ছি। আমার সন্তান যদি নিজ চেষ্টায় ওষুধ গ্রহণে সাময়িকভাবে অপারগ হয় সেক্ষেত্রে আমি প্রিন্সিপ্যাল, তার মনোনীত ব্যক্তি(গণ) ও স্কুল নার্সকে আমার সন্তানের হয়ে ওষুধটি মজুত করা এবং তা আমার সন্তানকে দেয়ার জন্যেও অনুমতি দিচ্ছি।

নিজে নিজে ওষুধ প্রয়োগ:, 'এপি-পেন,' অ্যাজমা ইনহেলার ও অন্যান্য ওষুধ যেগুলো নিজে নিজে প্রয়োগ করা যায় সেগুলোর জন্য এই অনুচ্ছেদটিতে স্বাক্ষর করুন:

_____ আমি এইমর্মে প্রত্যয়ন করছি যে, আমার সন্তানকে উল্লিখিত চিকিৎসক-নির্দেশিত ওষুধটি নিজে নিজে প্রয়োগ করা শেখানো হয়েছে এবং সে এটি গ্রহণে সক্ষম। আমি আরও অনুমতি দিচ্ছি যে, আমার সন্তান উল্লিখিত চিকিৎসক-নির্দেশিত ওষুধটি স্কুলে নিয়ে যেতে, নিজের কাছে রাখতে এবং নিজ চেষ্টায় গ্রহণ করতে পারবে। আমি স্বীকার করছি যে, উপরের বর্ণনা অনুসারে মোড়কাবৃত পাত্রে ওষুধটি আমার সন্তানকে দেয়া, আমার সন্তানের ওষুধটি গ্রহণ করার উপর নজর রাখা এবং স্কুলে আমার সন্তানের এই ওষুধ গ্রহণের যেকোন এবং সকল পরিণামের দায়দায়িত্ব আমার। আমি এইমর্মে ডিপার্টমেন্ট অব এডুকেশন, ডিওএইচএমএইচ, তাদের প্রতিনিধি ও কর্মচারীদের, যার মধ্যে প্রিন্সিপ্যাল, তার মনোনীত ব্যক্তি(গণ), স্কুল নার্স ও আমার সন্তানের শিক্ষক(গণ) রয়েছেন, অনুমতি দিচ্ছি যে, আমার সন্তান যদি সাময়িকভাবে ওষুধ কাছে রাখতে বা গ্রহণে অপারগ হয়, তাহলে তারা আমার সন্তানের চিকিৎসকের ব্যবস্থাপত্র অনুযায়ী ওষুধটি আমার সন্তানকে ব্যবহারের জন্য দিতে পারবেন। আমি জানি যে স্কুলে আমার সন্তান নিজের কাছে ওষুধটি রাখার যোগ্য এবং দায়িত্বপূর্ণভাবে নিজেই তা গ্রহণের সক্ষম কি না সে বিষয়টি স্কুল নার্স নিশ্চিত করবেন। উপরন্তু, আমার সন্তানের কাছে নিজে নিজে গ্রহণ করার মত ওষুধ যদি কখনও শেষ হয়ে যায় তখন ব্যবহারের জন্য আমি স্পষ্ট মোড়কাবৃত বোতলে "বাড়তি" ওষুধ সরবরাহে সম্মত হয়েছি যা মেডিক্যাল রুমে মজুত থাকবে।

_____ আমার সন্তান নিজের কাছে এই ওষুধ রাখতে এবং নিজে নিজে ওষুধ গ্রহণে সাময়িকভাবে যদি অক্ষম হয়ে পড়ে তখন ওষুধটি মজুত এবং আমার সন্তানকে তা দেয়ার জন্য আমি প্রিন্সিপ্যাল, তার মনোনীত ব্যক্তি(গণ) এবং স্কুল নার্সকে অনুমতি দিচ্ছি।

_______ আমি এইমর্মে প্রত্যয়ন করছি যে, আমার সন্তানের হাঁপানি আছে এবং আমার সন্তানের কাছে ওষুধের ফুরিয়ে গিয়ে থাকলে তাকে মজুতকৃত ভেন্টোলিন দেয়ার জন্য আমি স্কুল স্বাস্থ্য দফতরকে অনুমতি দিচ্ছি।

অনুগ্রহ করে নিচে স্পষ্টাক্ষরে পিতামাতা/অভিভাবকের নাম ও ঠিকানা লিখুন:

______________________________ ______________________________

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর

______________________________ ______________________________

স্বাক্ষরের তারিখ

______________________________ ______________________________

দিনের ফোন নম্বর *বাড়ির ফোন নম্বর*

নিচে লিখবেন না (শুধুমাত্র ডিওই এবং ডিওএইচএমএইচ-এর জন্য)

(FOR DOE AND DOHMH ONLY)

Student's Name: ______________________ OSIS No: ______________________

Received by: ______________________ Reviewed by: ______________________
Name Date 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)