

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> <p>_____</p> <p>_____</p>	<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> <p>_____</p> <p>_____</p>	<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

2009-2010 學年
使用藥物表 (MAF)：家長/監護人同意和授權書

本人謹此授權有關各方按照本人子女醫生的指示，為本人子女保管並施用藥物，並保管及使用必要的器材以施用藥物。本人明白，本人必須向學校提供該藥物以及施用藥物的必要器材，包括非萬托林人工呼吸器 (non-Ventolin inhaler)。藥物應放置於藥房提供的有適當標籤的原裝容器內 (本人還應該提供另一同樣的容器，供本人子女在校外時使用)；處方藥的標籤上必須有學生的姓名、藥房的名字和電話號碼、有執照的開藥者的姓名、日期和處方再配的次數、藥物的名稱、劑量、使用的頻率、使用的方法和/或其他說明；非處方藥物和藥物的樣本必須置放於製藥商的原裝容器內，該容器上貼上學生的姓名。我明白，如果我提供一個哮喘人工呼吸器，該呼吸器必須放置於其原裝的和未打開過的藥箱裏。我也明白，當上述的處方藥或使用說明有任何改變時，本人必須立即通知校長和/或其指定的代表，尤其是學校的護士。

本人明白學生不准攜帶或自己服用受管制的藥物。

本人明白這份授權書在下列兩個日期中較早的日期之前有效：(1) **2010 年 6 月 30 日** (如果學生參加紐約市教育局 (以下簡稱「教育局」) 主辦的暑期教學計劃，則有效期可能延至 8 月底)；或 (2) 本人將本人子女的醫生就上述處方藥的使用而開出的新處方或用藥說明交予校長或其指定的代表及護士的時候。本人遞交這份使用藥物表 (MAF)，是爲了要求教育局和紐約市健康及心理衛生局 (New York City Department of Health and Mental Hygiene, 簡稱 DOHMH) 透過學校健康辦公室 (Office of School Health, 簡稱 OSH) 為本人的子女提供特定的健康服務。本人明白，這些服務當中的部分服務可能需要 OSH 的一位醫生進行一次評估，看一看我的子女對處方藥有何反應。這份 MAF 包括關於提供上述所要求的健康服務的全部和完整的說明。本人明白，教育局、DOHMH 和它們的代理人以及涉及提供上述所要求的健康服務的僱員，全靠在這份表格上所提供的資訊的準確性來提供服務。本人希望本人的子女所接受的健康服務是按照這份 MAF 所提供的資訊和指示而提供的。本人更明白，教育局、DOHMH 及它們的代理人對這藥物所引起的任何不良反應概不負責。

本人知道這表格並不是教育局或 DOHMH 提出的協議，以提供本人所要求的服務，而是本人要求、同意和授權此類服務。如果這些服務一旦被確定是必要的，「學生特殊照顧計劃」(Student Accommodation Plan) 也可能有必要提供，而這份計劃將由校方負責填寫。

本人謹此授權教育局、DOHMH 及它們的僱員和代理人，聯絡和諮詢曾為本人子女提供醫療或健康服務的任何保健機構和/或藥劑師並向其索取任何他們認為適當的進一步的資訊，這些資訊涉及本人子女的醫療狀況、用藥和/或治療。

自己施用藥物 (請在下面的段落旁邊以姓名的首字母簽名，以使用腎上腺素自動注射器 Epi-Pen、哮喘病口吸噴霧器和其他獲准自用的藥物)：

本人謹此證明本人的子女已經獲充分的指導並能夠自己施用處方藥物。本人更授權本人的子女在校內攜帶、保管及自己施用上述處方藥物。本人承諾負責為本人的子女提供這種藥物並將該藥物放置於如上述的有標籤的容器內，並且監控本人子女任何及所有的用藥情況，以及對本人子女在校內使用該藥物所引致的任何及所有後果負責。本人更授權，在本人的子女暫時不能自己施用這種藥物時，教育局、DOHMH、它們的代理人及僱員，包括校長及其指定的代表、學校的護士以及本人子女的老師，可以依照本人子女醫生的指示，給本人的子女施用這種藥物。本人明白學校的護士將確定本人的子女是否能在內負責任地攜帶及自己施用這種藥物。此外，本人同意提供一個附有清晰標籤的瓶子，內有「備用」的藥物，將其放置於醫療室內，以供本人的子女在沒有足夠的藥物的情況下使用。

我也授權校長、其指定的代表和學校護士在我的子女暫時無法自己保管和施用此類藥物的情況下，為我的子女保管和/或施用此類藥物。

本人謹此證明，本人已與本人子女的保健服務提供者協商，並授權學校健康辦公室，在本人的子女沒有哮喘病處方藥可使用的情况下，給本人的子女施用儲存的萬托林 (Ventolin)。

請在下面清楚填寫家長/監護人的姓名及地址：

家長/監護人簽名

簽署的日期

日間電話號碼

住宅電話號碼

不要填寫以下部分
(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)