

**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.**

<b>MEDICATION ADMINISTRATION FORM</b> <b>Authorization for Administration of Medication to Students for School Year 2009–2010</b>	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

<b>Physician's Order</b>	<b>Check Medication and Order Type</b>	<b>Instructions for lack of improvement or adverse reaction</b>	<b>Choose all that are appropriate</b>
<p><b>1. Diagnosis</b>    <b>ASTHMA</b>    <input type="checkbox"/> Yes    <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>SEVERITY:</b></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><b>INDICATE HOME MEDS IN BOTTOM LEFT BOX.</b></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;"><b>ORDER TYPE</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Standard order.</b> 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"/> <b>Pre exercise.</b> 2 puffs via MDI with spacer 15-30 minutes before exercise.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>URI or recent asthma flare</b> (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. <b>(PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE.)</b></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><b>2. Diagnosis</b> _____</p> <p>_____</p> <p>Medication/Preparation/Concentration</p> <p>_____</p> <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;">----- <b>AND/OR</b> -----</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. <b>(PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE.)</b></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><b>3. Diagnosis</b> _____</p> <p>_____</p> <p>Medication/Preparation/Concentration</p> <p>_____</p> <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;">----- <b>AND/OR</b> -----</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. <b>(PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE.)</b></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>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>List medication(s) student takes at home and at what time:</b>	Health Care Practitioner (HCP) Name (PLEASE PRINT)		HCP Signature		<b>FOR DOHMH USE:</b> 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**

**ПРИЁМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ: СОГЛАСИЕ (РАЗРЕШЕНИЕ) РОДИТЕЛЕЙ И ОПЕКУНОВ  
2009-2010**

Настоящим я разрешаю хранить и выдавать лекарственный препарат, а также хранить и применять необходимые средства введения этого лекарственного препарата в соответствии с прилагаемыми указаниями лечащего врача моего ребёнка. Я понимаю, что должен предоставить школе лекарственный препарат и необходимые средства его введения, в том числе ингалятор неVENTолинового типа (non-Ventolin). Препарат должен быть предоставлен в оригинальной аптечной упаковке с этикеткой. Лекарство, используемое ребёнком вне школы, должно быть в аналогичной упаковке. На этикетке рецептурного препарата должны быть указаны имя и фамилия учащегося, название и телефон аптеки, имя и фамилия выписавшего препарат врача, дата, число повторных заказов, название, доза, периодичность приёма, способ применения и (или) иные указания. Препараты, отпускаемые без рецепта, и образцы лекарств должны быть в оригинальной фабричной упаковке, на которой должны быть написаны имя и фамилия учащегося. Я понимаю, что противоастматический ингалятор должен быть предоставлен мною в оригинальной, НЕРАСПЕЧАТАННОЙ упаковке. Я также понимаю, что я обязан незамедлительно уведомлять директора школы и (или) назначенных им лиц, прежде всего школьную медсестру, обо всех изменениях вышеперечисленных предписаний и указаний врача.

**Мне известно, что учащимся не разрешается иметь при себе или самостоятельно принимать контролируемые вещества (controlled substances).**

Я понимаю, что настоящее разрешение остаётся в силе до (1) 30 июня 2010 г. (данное предписание может быть продлено до конца августа, если учащийся посещает занятия летней учебной программы Департамента образования) или (2) до момента, когда мною будут представлены директору школы и (или) назначенному им лицу и школьной медсестре новые назначения или указания, выданные врачом ребёнка в отношении указанных выше процедур, в зависимости от того, что наступит раньше. Подавая настоящую форму приёма лекарственных препаратов, я прошу Департамент образования и Департамент здравоохранения через отдел школьного здравоохранения (Office of School Health) обеспечить оказание моему ребёнку определённых видов медицинских услуг. Я понимаю, что услуги могут включать проведение врачом отдела школьного здравоохранения оценки реакции моего ребёнка на назначенный лекарственный препарат. В настоящей форме мною предоставлены полные и исчерпывающие указания по предоставлению запрашиваемого выше вида медицинских услуг.

Я понимаю, что Департаменты образования и здравоохранения, их представители и сотрудники, причастные к оказанию запрашиваемых выше медицинских услуг, рассчитывают на достоверность информации, приведённой мною в настоящей форме.

Прошу обеспечить медицинское обслуживание моего ребёнка в соответствии с информацией и указаниями, приведёнными мною в настоящей форме.

Я понимаю, что DOE, DOHMH и их представители не несут ответственности за нежелательную реакцию организма на данный препарат.

Мне известно, что данная форма не является согласием Департамента образования или Департамента здравоохранения на оказание запрашиваемых услуг, а представляет собой мой запрос, согласие и разрешение в отношении таких услуг. В случае признания необходимости услуг, администрация школы может составить план по адаптации (Student Accommodation Plan).

Настоящим разрешаю Департаментам образования и здравоохранения, их сотрудникам и представителям обращаться за консультациями и любой необходимой дополнительной информацией относительно состояния здоровья, принимаемых лекарств и (или) лечения моего ребёнка к любым поставщикам медицинских и (или) фармацевтических услуг.

**САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ (ПРИЁМ) ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ. Проставьте в начале следующего абзаца свои инициалы, если ребёнок должен использовать автоинъектор с адреналином (Epi-Pen), ингалятор для астматиков и иные утверждённые для самостоятельного приёма лекарственные средства:**

\_\_\_\_\_ Настоящим подтверждаю, что мой ребёнок получил и прочно усвоил все надлежащие указания и навыки самостоятельного применения (приёма) вышеназванного лекарственного препарата. Я также разрешаю ребёнку носить при себе, хранить и самостоятельно принимать вышеназванный препарат во время пребывания в школе. Мне известно о том, что я обязан(а) обеспечить своего ребёнка этим препаратом в упаковке с этикеткой, отвечающей перечисленным выше требованиям, а также обеспечить полный и всесторонний контроль использования этого препарата ребёнком, и что я несу всю полноту ответственности за все без исключения последствия использования этого препарата ребёнком в школе. Настоящим я также разрешаю Департаменту образования, Департаменту здравоохранения, их работникам и представителям, в том числе директору школы, назначенным им лицам, школьной медсестре и учителю (учителям) ребёнка выдавать (вводить) означенный препарат моему ребёнку в соответствии с предписаниями и указаниями его лечащего врача в случае временной утраты моим ребёнком способности самостоятельно принимать этот препарат. Мне известно, что школьная медсестра должна проверить и подтвердить способность моего ребёнка иметь при себе и самостоятельно и ответственно принимать препарат в школе. Кроме того, я обязуюсь предоставить запасную порцию препарата в упаковке с чётко надписанной этикеткой, которая должна храниться в медицинском кабинете на тот случай, если у моего ребёнка не окажется достаточного количества препарата для самостоятельного приёма.

\_\_\_\_\_ Кроме того, я разрешаю директору школы и (или) назначенному им лицу, а также школьной медсестре хранить означенный лекарственный препарат и (или) давать (вводить) таковой моему ребёнку в случае временной утраты моим ребёнком способности самостоятельно хранить и принимать этот препарат.

\_\_\_\_\_ Настоящим заявляю, что я проконсультировался с лечащим врачом (учреждением) моего ребёнка и разрешаю отделу школьного здравоохранения обеспечить запас Вентолина (Ventolin) на случай, если рецептурный противоастматический препарат для моего ребёнка окажется недоступным.

Имя, фамилия и адрес родителя или опекуна (печатными буквами):

\_\_\_\_\_  
Подпись родителя или опекуна

\_\_\_\_\_  
Дата подписи

\_\_\_\_\_  
Дневной телефон

\_\_\_\_\_  
Вечерний телефон

(НЕ ПИСАТЬ НИЖЕ – ТОЛЬКО ДЛЯ СОТРУДНИКОВ DOE И DOHMH)  
(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)