

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> <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;">----- 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> <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;">----- 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

دوائی دینے کا فارم (MAF): والدین / سرپرست کی اجازت اور اختیار نام
2009-2010

میں بذریعہ ہذا اپنے بچے کے معالج کی منسلک ہدایات کے مطابق، دوا رکھنے اور دینے اور اس کے ساتھ ساتھ دوا کو دینے کے لیے ضروری آلات کو رکھنے اور استعمال کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں سمجھتا ہوں کہ میرے لیے اسکول کو دوا دینے کے لیے دوائی اور ضروری آلات، بشمول نان وینٹولین انہیلر (Non-Ventolin inhalers) فراہم کرنا لازمی ہے۔ دوائیاں دواخانہ (فارمیسی) سے مناسب لیبل والے اصل ڈبے میں (اسکول کے باہر کے استعمال کے لیے مجھے اپنے بچے کے لیے ایسا دوسرا ڈبہ حاصل کرنا چاہئے) فراہم کرنا چاہئے؛ مجوزہ دوا کے لیبل پر طالب علم کا نام، فارمیسی کا نام اور ٹیلیفون نمبر، لائسنس شدہ تجویز کار کا نام، دوبارہ بھرنے (refill) کی تاریخ اور تعداد، دوا کا نام، خوراک، استعمال کی کثرت یا تعداد، دوا دینے کا راستہ اور / یا دیگر ہدایات ہونی چاہئے؛ عام خریدی ہوئی دوا اور دوا کا نمونہ دوا ساز کے اصل ڈبے یا شیشی میں ہونے چاہییں اور اس ڈبے پر طالب علم کا نام چسپاں ہونا چاہئے۔ میں جانتا ہوں کہ اگر میں دمے کا ایک انہیلر (Inhaler) فراہم کرتا ہوں تو، اس کو دوائی کے اصل اور بند ڈبے میں ہونا چاہیئے۔ میں مزید جانتا ہوں کہ مجھے مذکورہ بالا نسخہ یا ہدایات میں کسی بھی تبدیلی کے بارے میں پرنسپل اور / یا اسکے نامزد فرد (افراد)، خاص کر اسکول نرس کو فوراً اطلاع دینا ضروری ہے۔
مجھے معلوم ہے کہ کسی بھی طالب علم کو ممنوعہ اشیا رکھنے یا خود سے استعمال کرنے کی اجازت نہیں دی جائے گی۔

میں جانتا ہوں کہ یہ اختیار نام درج ذیل میں سے اسی وقت تک معتبر ہے جو پہلے واقع ہو: (1) 30 جون، 2010 (اگر طالب علم نیو یارک شہر محکمہ تعلیم ("محکمہ") کے کفالت کردہ موسم گرما کے تدریسی پروگرام میں حصہ لے رہا ہو تو اس نسخے کو اگست تک بڑھایا جا سکتا ہے)؛ یا (2) اس وقت تک جب تک کہ میں اوپر مجوزہ دوا کے استعمال کے متعلق اپنے بچے کے معالج کے ذریعہ جاری نیا نسخہ یا نئی ہدایات پرنسپل یا اسکے نامزد فرد (افراد) اور نرس کو نہ پہنچا دوں۔ دوا کا یہ MAF جمع کر کے میں یہ گزارش کر رہا ہوں کہ اسکول کا دفتر صحت ("OSH") کے ذریعے محکمہ اور نیویارک شہر محکمہ صحت اور دماغی صحت [New York City Department of Health and Mental Hygiene (DOHMH)] میرے بچے کو مخصوص صحتی خدمات فراہم کرے۔ میں یہ جانتا ہوں کہ ان خدمات کے حصے کے طور پر یہ دیکھنے کے لیے کہ میرے بچے پر مجوزا دوا کا تاثر کیسا ہے دفتر برائے اسکول صحت کی جانب سے ایک معالج کی تشخیص ناکزیر ہو سکتی ہے۔ اس MAF میں اوپر مطلوبہ صحتی خدمات (خدمات) کے اہتمام کے متعلق تفصیلی اور مکمل معلومات اور ہدایات شامل ہیں۔ میں سمجھتا ہوں کہ اوپر مطلوبہ صحتی خدمت (خدمات) کے اہتمام کے لیے محکمہ، DOHMH اور اسکے ایجنٹس، اور اسکے ملازمین اس MAF میں فراہم کی گئی معلومات اور ہدایات کی درستگی پر انحصار کر رہے ہیں۔ میرا مقصد یہ ہے کہ میرے بچے کو ان معلومات اور ہدایات کے مطابق صحتی خدمت (خدمات) فراہم کی جائیں جو کہ اس MAF میں فراہم کی ہیں۔ میں جانتا ہوں کہ میرے بچے کے لئے تجویز کی گئی دوا فراہم کرنا میری ذمہ داری ہے۔ میں مزید یہ بھی جانتا ہوں کہ محکمہ، DOHMH اور ان کے ایجنٹس اس دوا کے کسی مضر اثر کے لئے ذمہ دار نہیں ہیں۔

میں یہ سمجھتا ہوں کہ یہ فارم مطلوبہ خدمات فراہم کرنے کے لئے محکمہ تعلیم یا DOHMH کا معاہدہ نہیں ہے بلکہ یہ ایسی خدمات کے لئے میری گزارش، اجازت اور اختیار نام ہے۔ اگر یہ تعین کیا جاتا ہے کہ یہ خدمات لازمی ہیں، تو طالب علم کے لئے سہولیات مہیا کرنے کا ایک منصوبہ بھی ضروری ہو سکتا ہے اور اسے اسکول کے ذریعہ مکمل کیا جائے گا۔

میں بذریعہ ہذا محکمہ، DOHMH اور، اسکے ایجنٹس، اور اسکے ملازمین کو یہ اجازت دیتا ہوں کہ وہ میرے بچے کو طبی یا صحت کی خدمات فراہم کرنے والے کسی بھی منتظم حفظان صحت اور / یا دوا فروش سے میرے بچے کی طبی کیفیت، دوا اور / یا علاج کے متعلق رابطہ اور مشورہ کر سکتے ہیں اور اس کے متعلق ایسی مزید معلومات حاصل کر سکتے ہیں جو ان کو مناسب لگیں

خود سے دوا لینا: ایپی پین (Epi-Pen)، دمے کی تسکین کے لئے دستی آلہ (انہیلر) اور منظور شدہ خود لینے والی دیگر دواؤں کے استعمال کے لئے اس پیراگراف پر اپنے نام کا پہلا اور آخری حرف لکھیں:

_____ میں بذریعہ ہذا یہ تصدیق کرتا ہوں کہ میرے بچے کو اوپر تجویز کی گئی دوا خود سے لینے کی مکمل ہدایت دے دی گئی ہے اور وہ اس مجوزا دوائی کو بخوبی لینے کے قابل ہے۔ میں مزید اپنے بچے کو اوپر تجویز کی گئی دوا ساتھ اسکول لے جانے، اسے رکھنے اور خود سے لینے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں تسلیم کرتا ہوں کہ میں اپنے بچے کو مذکورہ بالا بیان ہوئے طریقے سے لیبل لگے ہوئے ڈبے میں اس طرح کی دوا فراہم کرنے، میرے بچے کے ذریعہ اس دوا کے استعمال کی کسی بھی طرح کی اور مکمل نگرانی، اور اس کے علاوہ میرے بچے پر ایسی دوا کے اسکول میں استعمال کے کسی بھی طرح کے اور تمام نتائج کے لئے ذمہ دار ہوں۔ اس کے علاوہ اگر میرا بچہ عارضی طور پر خود سے ایسی دوا لینے کے قابل نہ ہو تو میں بذریعہ ہذا محکمہ، DOHMH، اسکے ایجنٹس اور ملازمین کو؛ بشمول پرنسپل، اسکول نرس، میرے بچے کا استاد (اساتذہ) کو میرے بچے کے معالج کی ہدایات کے مطابق اسے یہ دوائیاں کھلانے یا دینے کی اجازت دیتا ہوں۔ مجھے معلوم ہے کہ اسکول نرس کے ذریعہ اسکول سے یہ تصدیق کی جائے گی کہ آیا میرا بچہ ذمہ دار طریقے سے دوا اپنے ساتھ رکھنے اور خود سے لینے کے قابل ہے۔ اس کے علاوہ، ایسی صورت میں کہ کبھی میرے بچے کے پاس خود سے لینے کے لئے کافی دوا نہ ہو، تو اس غرض سے میڈیکل روم میں ذخیرہ کرنے کے لئے واضح لیبل والی بوتل میں دوا کا "اضافی ذخیرہ" فراہم کرنے کے لئے میں راضی ہوں۔
_____ میں پرنسپل اور ان کے نامزد فرد (افراد) اور اسکول نرس کو یہ اجازت بھی دیتا ہوں کہ ایسی صورت میں کہ میرا بچہ عارضی طور پر خود دوا رکھنے اور اسے لینے کے قابل نہ ہو، تو وہ میرے بچے کی دوا رکھیں اور / یا اسے دیں۔

_____ میں بذریعہ ہذا یہ تصدیق کرتا ہوں کہ میں نے اپنے بچے کے نگہداشت فراہم کنندہ کے ساتھ مشورہ کیا ہے اور یہ کہ میں اسکول کے دفتر صحت کو وینٹولین (Ventolin) دوا کے ذخیرہ سے میرے بچے کو دوا دینے کی اجازت دیتا ہوں، اس صورتحال میں کہ میرے بچے کی دمہ کی مجوز دوا موجود نہ ہو۔

براہ کرم نیچے والدین / سرپرست کا نام اور پتہ جلی حروف میں لکھیں:

والدین / سرپرست کے دستخط

دستخط کی تاریخ

گھر کا فون نمبر

دن کے وقت کا فون نمبر

(نیچے کچھ نہ لکھیں - یہ صرف DOE اور DOHMH کے استعمال کے لئے ہے) (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)