药物施用表（Medication Administration Form，简称 MAF）： 家长/监护人同意和授权
2013-2014 学年

我谨此授权药物的储藏和施用以及根据我子女医生的指导为施用该药物而必需的器械的储藏和使用。我理解，我必须給學校提供施用药物所必需的药物和器械（包括不含 Ventolin 的吸入器）。药物应置于一个来自药房并正确标示的原裝容器（我应为我子女在学校之外的使用另外配得一个如此的容器）；处方药物的标示必须包含学生姓名、药房名称和电话号码、执照开处方医生的姓名和日期及再拿药的次数、药物的名称和剂量及施用频率、施用规程和/或其他说明；柜台购买的药品和药物样本必须裝在药厂原裝的容器里，容器上附有学生姓名。我理解，如果我提供一个哮喘吸入器，该吸入器必须以其原裝和**未开封**的药物包裝盒提供。我也理解，如果上述涉及的处方或说明出現任何变化，我必须立即通知校长和/或其指定人员（尤其是學校护士）。
我理解，学生不得携带或自己使用任何管制药物（controlled substances）。

我理解，这一授权的有效期只到以下一个时间（取其中较早的一个时间）为止：(1) 2014 年 6 月 27 日（如果学生参加一个纽约市教育局资助的暑期教学计划，则该处方可以延长到整个的八月）；或者 (2) 我给校长或其指定人士和护士送交一则新的处方或由我子女的医生签发的关于上述处方药物的施用説明的这一时间。我递交这份 MAF 表格，则表明我申请由教育局和纽约市健康和心理卫生局（New York City Department of Health and Mental Hygiene，简称 DOHMH）通过学校健康办公室（Office of School Health，简称 OSH）给我的子女提供具体健康服务。我理解，这些服务中的部分可能含有学校健康办公室的一名医生就我子女对处方药物之反应所作的评估。关於上述健康服务提供之要求的全面和完整的説明列入此 MAF 表。我理解，与上述要求的健康服务的提供相关的教育局、健康和心理卫生局（DOHMH）及其代理机构和雇员需要本表各所提供资讯的精确性。根据这张 MAF 表格所提供的资讯和指令让我的子女接受健康服务，完全是我的意愿。我也理解，教育局、健康和心理卫生局（DOHMH）及其代理机构对这一药物可能引起的任何副作用不承担责任。

我知道，这一表格并不是教育局以及健康和心理卫生局（DOHMH）提供所申请的服务的同意函，而是我要求这些服务的申请、同意和授权函。如果这些服务被确定为有必要提供，则一份「学生照顾计划」（Student Accommodation Plan ）可能也是有必要的，将由学校填写。

我谨此授权教育局、健康和心理卫生局（DOHMH）及其雇员和代理机构与任何给我子女提供医疗或健康服务的健康服务提供者和/或药剂师联络和协商并获取任何他们认爲与我子女的医疗状况、药物和/或疗法相关的恰当额外资讯。

学生自己用药：给这节签上您姓名的首字母，让您的子女可以自己使用 Epi-Pen、哮喘吸入器及其他经批准可自己使用的药物）：

____我谨此证明，我的子女已经过全面的指导，有能力自己使用该处方药物。我也授权我子女在学校携带、储藏和自己使用上述处方药物。我知道，我要负责给我的子女提供如此药物：该药物必须置于如以上所描述而标示的容器中；我要负责对我子女使用此药物的任何和所有的监督；并负责我子女因在学校使用此药物而导致的任何或所有后果。我也谨此授权，若我子女临时无法自己使用此药物，则教育局、健康和心理卫生局（DOHMH）及其代理机构和雇员（包括校长、其指定人员、学校护士和我子女的教师）可以根据我子女医生的説明施用此药物。我理解，学校护士将为学校确认我子女是否具有以负责的方式自己携带和自己使用药物的能力。另外，我同意提供一份置于一个清楚标写的瓶子中的「后备」药物，该药物将被保存在医务室，在我子女没有足够药物自己使用的情况下备用。
____我也授权，万一我的子女临时无法自己储藏和自己使用该药物时，校长、其指定人员和学校护士可以储存此药物和/或给我的子女施用该药物。

____**我谨此证明，我已咨询我子女的健康服务提供者，并授权学校健康办公室在我子女没有哮喘处方药物可使用时施用储存的万托林（Ventolin）。**
在学校外出旅行日，您必须让子女带好个人哮喘吸入器（MDI），让子女有备无患。储存的万托林仅供您子女在学校教学樓内使用。

请在下面用英文填写家长/监护人的姓名和地址：

家长/监护人签名

_____ _____

签名日期

_____ _____

日间电话号码 **家庭电话号码**

不要填写以下部分(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)

13-14

NOTE: Parent signature required on reverse side of this form. Current photograph of student MUST be attached to upper left corner of this form.

MEDICATION ADMINISTRATION FORM

Authorization for Administration of Medication to Students for School Year 2013–2014

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

	Choose all that apply	*Instructions for lack of improvement or adverse reaction*	*Choose all that are appropriate*
1. Diagnosis ASTHMA ☐ Yes ☐ No________ (ADD DIAGNOSIS) **Choose Severity:** ☐ **Intermittent** ☐ **Moderate Persistent*** ☐ **Mild Persistent*** ☐ **Severe Persistent*** ***National guidelines recommend inhaled corticosteroids for children with persistent asthma.** **Stock supply only available for Ventolin HFA.** ***(see back)*** **Choose One:** ☐ **Ventolin HFA (plus individual spacer with mouth piece may be provided by school for shared usage).** ☐ __________ **HFA (to be provided by parent).** (ADD MEDICATION NAME) ◯ **May substitute stock ventolin** ◯ **May not substitute stock ventolin** **INDICATE HOME MEDS IN BOTTOM LEFT BOX.**	☐ **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. URI sx can include: Itchy watery eyes, nasal drainage and/or congestion, sneezing, sore throat, cough, headache Asthma flare: sx can include: Shortness of breath, chest tightness or pain, coughing, wheezing ICD9: __________	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. ☐ Student self administer their personal MDI on school trips or/and afterschool program.
2. Diagnosis: Anaphylaxis **Select One:** ☐ Epinephrine Auto-Injector: 0.3 mg/0.3 ml [1:1000] ☐ Epinephrine Auto-Injector: 0.15 mg/0.3 ml [1:2000] Intramuscularly into anterolateral aspect of thigh 911 will be called immediately	☐ **prn** __________ ***specific signs, symptoms or situations*** **Any repeats if no improvement?** ☐ **Yes, in ___ mins, max ___ times (3 total)** ICD9: __________	Conditions under which medication should not be given: __________ __________ __________	☐ Student may carry medication (includes epinephrine) and may self-administer. ***(PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE).*** ☐ Medication should be kept in close proximity to the student and (choose an option below) ☐ student to self administer ☐ nurse or trained staff 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 ____ min/hrs as needed** (SELECT ONE) **Any repeats if no improvement?** ☐ **Yes, in ____ min/hrs, max ____ times** (SELECT ONE) ICD9: __________	Conditions under which medication should not be given: __________ __________ __________	☐ Student may carry medication (includes epinephrine) 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**	
LAST NAME	**FIRST NAME**			
HCP/Clinic Address			**Medicaid No.**	**NPI No.**
HCP/Clinic Tel. No.	**HCP/Clinic Fax No.**	**HCP/Email**	**NYS Registration No. (Required)**	**Date**

FOR DOHMH USE: Revisions per DOHMH after consultation with prescribing provider

☐ **IEP** __________

____

____

INCOMPLETE PROVIDER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS