

ALLERGIES/ANAPHYLAXIS MEDICATION ADMINISTRATION FORM

Provider Medication Order Form—Office of School Health—School Year 2017–2018

| | | | | | | |
|---------------------------|--|------------|--------|----------------|--------------|--|
| ATTACH STUDENT PHOTO HERE | Student Last Name | First Name | Middle | Date of birth | Weight (kg) | <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female |
| | | | | MM / DD / YYYY | ____ . ____ | |
| | School (include name, number, address and borough) | | | OSIS # | DOE District | Grade |

The following section to be completed by Student's **HEALTH CARE PRACTITIONER**

| | | |
|-------------------------------------|--|--|
| Specify Allergy | Specify Allergy | Specify Allergy |
| <input type="checkbox"/> Allergy to | <input type="checkbox"/> Allergy to | <input type="checkbox"/> Allergy to |
| History of asthma? | <input type="checkbox"/> Yes (<i>If yes, student has an increased risk for a severe reaction</i>) | <input type="checkbox"/> No |
| History of anaphylaxis? | <input type="checkbox"/> Yes Date ___/___/___ | <input type="checkbox"/> No |
| If yes, symptoms | <input type="checkbox"/> Respiratory <input type="checkbox"/> Skin <input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Neurologic | Does this student have the ability to: |
| Treatment | Date ___/___/___ | Self-Manage <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| History of skin testing? | <input type="checkbox"/> Yes (attach copy of results) Date ___/___/___ | Recognize signs of allergic reactions <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| | | Recognize/avoid allergens independently <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| | | Comments: |

Select In School Medications

In School Instructions

1. ONLY SINGLE DOSE AUTO-INJECTORS SELECT BELOW

- Epinephrine Auto-Injector 0.15 mg
- Epinephrine Auto-Injector 0.3 mg
- Give antihistamine in addition to epinephrine (**must order antihistamine below**)

Select the most appropriate option for this student:

- Nurse-Dependent Student: nurse or trained school personnel must administer
- Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
- Independent Student: student is self-carry/self-administer **

PRN (check all that apply):

- Itching
- Hives
- Swelling
- Redness
- Shortness of Breath
- Tightness / Closure
- Hoarseness
- Wheezing
- Vomiting / Diarrhea
- Weak Pulse
- Pallor / Cyanosis
- Dizziness / Fainting

Specify signs, symptoms, or situations:

- Administer Intramuscularly into anterolateral aspect of thigh
- **Call 911 immediately**

If no improvement, repeat in ___ minutes for a maximum of ___ times (not to exceed a total of 3 doses).

Practitioner's initials

I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events ****PARENT MUST INITIAL REVERSE**

2. ORAL MEDICATION: Diphenhydramine

Preparation/Concentration: _____ Route _____

Select the most appropriate option for this student:

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer
- Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
- Independent Student: student is self-carry/self-administer **

PRN (check all that apply):

- Itchy / Runny Nose
- Sneezing
- Itchy Mouth
- Mildly Itchy Skin
- Few Hives
- Mild Nausea / Discomfort

Specify signs, symptoms, or situations:

Dose: _____ 4 hours or 6 hours as needed (specify)

If no improvement, indicate instructions:

Practitioner's initials

I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events ****PARENT MUST INITIAL REVERSE**

3. ORAL MEDICATION: _____

Preparation/Concentration: _____ Route _____

Select the most appropriate option for this student:

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer
- Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
- Independent Student: student is self-carry/self-administer **

PRN Specify signs, symptoms, or situations:

Dose: _____ Time interval: ___ (specify min or hours)

Conditions under which medication should not be given:

If no improvement, indicate instructions:

Practitioner's initials

I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events ****PARENT MUST INITIAL REVERSE**

HOME Medications (include over-the counter)

For Office of School Health (OSH) Use Only

Revisions per OSH after consultation with prescribing practitioner. IEP

| | | | |
|---|-----------|-----------------------|-----------------------|
| Health Care Practitioner (Please Print) | LAST NAME | FIRST NAME | Signature |
| Address | | Tel. (____) ____-____ | Fax. (____) ____-____ |
| E-mail address | | Cell (____) ____-____ | |
| NYS License # (Required) _____ | | NPI # _____ | Date ___/___/___ |

ALLERGIES/ANAPHYLAXIS MEDICATION ADMINISTRATION FORM
 Provider Medication Order Form—Office of School Health —School Year 2017–2018
The Following Section to Be Completed by the Student's Parent/Guardian

저는 자녀의 의사(health care practitioner)의 지시에 따라 약품의 보관 및 투여와 약품 투여에 필요한 기구를 보관 및 사용하는 것에 동의합니다. 저는 본인이 반드시 학교에 약품 및 비벤톨린 인헤일러를 포함한 투여에 필요한 기구를 제공해야 함을 이해합니다. 약품은 약국에서 받은 라벨이 달린 용기 그대로 제공해야 합니다 (이런 약국에서 제공한 학교 밖에서 사용할 용기는 따로 준비할 것입니다); 처방약의 라벨에는 반드시 학생 이름, 약국 이름 및 전화번호, 면허를 가진 처방자의 이름, 리필 날짜 및 횟수, 약의 이름, 투약 용량, 투약 횟수, 투약 방법 및/또는 기타 준수사항들이 명시되어야 합니다; 일반의약품 및 약품 샘플은 반드시 제조사의 생산용기 그대로 제공해야 하며 학생의 이름을 용기에 부착하십시오. 저는 모든 약품을 반드시 본래 그대로 개봉하지 약품 상자에 들어있는 것을 제공해야 함을 이해합니다. 본인은 위에 명시된 처방 또는 투약방법에 변경이 있으면 즉시 학교 간호사에게 통지해야 함을 이해합니다.

관리대상 약품은 어떤 학생도 소지하거나 자가 투여할 수 없음을 이해합니다.

저는 이 동의서가 뉴욕시 교육청("DOE")에서 후원하는 여름방학 교육 프로그램이 종료할 때까지 또는 제 아이의 의사가 발행한 새로운 약품이나 지시 내용을 학교 간호사에게 전달할 때 까지만 유효하다는 것을 알고 있습니다 (더 빠른 것 기준). MAF를 접수함으로써 저는 교육청 및 뉴욕시 보건정신위생청 (Department of Health and Mental Hygiene: DOHMH)가 학교보건 담당실 (Office of School Health: OSH)을 통해 자녀에게 특정 보건 서비스 제공을 요청합니다. 저는 OSH 의사의 의료 평가 및 신체 검사가 이들 서비스에 포함될 수 있다는 것을 이해합니다. 상기 요청된 보건 서비스 제공에 대한 종합적인 안내가 이 MAF에 포함되어 있습니다. 저는 OSH와 소속 에이전트 및 상기 요청하는 의료 서비스 제공에 관련된 직원은 본 양식에 제공된 정보의 정확함에 의존함을 알고 있습니다.

저는 이 양식은 OSH 및 교육청이 요청된 서비스 제공에 동의하는 양식이 아니라 서비스에 대한 본인의 요청 및 동의 양식임을 이해합니다. 서비스가 필요하다고 결정되면 학생 편의 계획이 필요할 수도 있으며 학교에서 작성할 것입니다.

저는 OSH 및 교육청 산하 직원과 부서들이 아이의 건강 상태, 약품 및/또는 치료에 관련하여 적절하다고 생각되는 더 상세한 정보를 제 아이에게 약품이나 보건 서비스를 제공하는 의사 및/또는 약사에게 연락, 상담 및 취득할 수 있다는 것을 알고 있습니다.

약물 자가 투여:

에피네프린, 천식 인헤일러 및 기타 허가된 자가 투여 약물 사용에 대해서는 다음 문단에 이니셜을 기입하십시오:

| | |
|------------|---|
| 이니셜 | 저는 자녀가 처방된 약품을 자가 투여할 수 있도록 완전히 지도하였음을 보증합니다. 또한 저는 자녀가 상기 처방된 약물을 학교에서 소지, 보관 및 자가 투여하는 것에 동의합니다. 저는 자녀에게 상기 설명한 대로 라벨이 부착된 용기에 약물을 제공하고 자녀의 해당 약물 사용을 모두 모니터링하며 학교에서 해당 약물 사용의 모든 결과에 대한 책임이 본인에게 있음을 알고 있습니다. 저는 제 아이가 학교에서 책임감 있는 태도로 자가 소지 및 자가 투여할 능력이 있는지 학교 간호사가 확인할 것임을 이해합니다. 그리고 저는 자녀가 자가투여를 위한 약품을 충분히 가지고 있지 않을 때를 대비하여 의무실에 약품 이름을 정확히 기재한 통에 "예비" 약품을 제공할 것에 동의합니다. |
| 이니셜 | 저는 자녀가 일시적으로 해당 약품을 자가 투여하지 못할 때를 대비하여 학교 간호사 또는 훈련된 학교 직원이 보관/투여하는 것에 동의 합니다. |

비축 약물을 사용할 것을 선택하셨다면, 귀하는 반드시 자녀의 에피네프린, 천식 흡입기 및 기타 승인된 자가 투약품을 학교 견학 및/또는 방과 후 프로그램에 적절하게 자녀가 사용할 수 있도록 자녀 편에 보내셔야 합니다. 학교의 스톡 에피네프린은 자녀가 학교 빌딩 내에 있을 때만 사용할 수 있습니다.



| | | | | |
|---------------------------|----|----|--------------------|----|
| 학생 성 | 이름 | MI | 생년월일 | 학교 |
| 학부모/보호자 성명 인쇄체로 기입 | | | 학부모/보호자의 서명 | |
| 학부모/보호자의 주소 | | | 서명일 | |
| 전화번호 | 주중 | 자택 | 휴대전화 번호 | |
| 학부모/보호자 이메일 주소 | | | | |
| 기타 비상 연락 정보 | | | 연락 전화번호 번호 | |

DO NOT WRITE BELOW – FOR OSH USE ONLY

| | | | |
|--|------|--|------|
| Received by: Name | Date | Reviewed by: Name | Date |
| Self-Administers/Self-Carries: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | Services provided by: <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor <input type="checkbox"/> School Based Health Center <input type="checkbox"/> DOE School Staff | |
| Signature and Title (RN OR MD/DO/NP) | | | |