

ALLERGIES / ANAPHYLAXIS

MEDICATION ADMINISTRATION FORM - OFFICE OF SCHOOL HEALTH
 Authorization for Administration of Medication to Students for School Year 2016-2017

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 (If yes, student has an increased risk for a severe reaction)	<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
<p>1. ONLY SINGLE DOSE AUTO-INJECTORS SELECT BELOW</p> <input type="checkbox"/> Epinephrine Auto-Injector 0.15 mg <input type="checkbox"/> Epinephrine Auto-Injector 0.3 mg <input type="checkbox"/> Give antihistamine in addition to epinephrine (must order antihistamine below) <p>Select the most appropriate option for this student:</p> <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry/self-administer ** <p><input type="checkbox"/> I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events _____ <small style="margin-left: 250px;">practitioner's initials</small></p> <p>**PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE</p>	<p>PRN (check all that apply):</p> <input type="checkbox"/> Itching <input type="checkbox"/> Shortness of Breath <input type="checkbox"/> Vomiting / Diarrhea <input type="checkbox"/> Hives <input type="checkbox"/> Tightness / Closure <input type="checkbox"/> Weak Pulse <input type="checkbox"/> Swelling <input type="checkbox"/> Hoarseness <input type="checkbox"/> Pallor / Cyanosis <input type="checkbox"/> Redness <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Dizziness / Fainting <p>Specify signs, symptoms, or situations:</p> <p style="margin-left: 40px;">➤ Administer Intramuscularly into anterolateral aspect of thigh ➤ Call 911 immediately</p> <p>If no improvement, repeat in ___ minutes for a maximum of ___ times (not to exceed a total of 3 doses).</p>

<p>2. ORAL MEDICATION: <input type="checkbox"/> Diphenhydramine</p> <p>Preparation/Concentration: _____ Route _____</p> <p>Select the most appropriate option for this student:</p> <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry/self-administer ** <p><input type="checkbox"/> I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events _____ <small style="margin-left: 250px;">practitioner's initials</small></p> <p>**PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE</p>	<p>PRN (check all that apply):</p> <input type="checkbox"/> Itchy / Runny Nose <input type="checkbox"/> Itchy Mouth <input type="checkbox"/> Few Hives <input type="checkbox"/> Sneezing <input type="checkbox"/> Mildly Itchy Skin <input type="checkbox"/> Mild Nausea / Discomfort <p>Specify signs, symptoms, or situations:</p> <p>Dose: _____ q <input type="checkbox"/> 4 hours or <input type="checkbox"/> 6 hours as needed (specify)</p> <p>If no improvement, indicate instructions:</p>
---	--

<p>3. ORAL MEDICATION: _____</p> <p>Preparation/Concentration: _____ Route _____</p> <p>Select the most appropriate option for this student:</p> <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry/self-administer ** <p><input type="checkbox"/> I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events _____ <small style="margin-left: 250px;">practitioner's initials</small></p> <p>**PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE</p>	<p>PRN Specify signs, symptoms, or situations:</p> <p>Dose: _____ Time interval: q ___ (specify min or hours)</p> <p><u>Conditions under which medication should not be given:</u></p> <p>If no improvement, indicate instructions:</p>
--	--

HOME Medications (include over-the counter)	For Office of School Health (OSH) Use Only
	Revisions per OSH after consultation with prescribing practitioner. <input type="checkbox"/> IEP

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

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS

ALLERGIES / ANAPHYLAXIS

MEDICATION ADMINISTRATION FORM - OFFICE OF SCHOOL HEALTH

Authorization for Administration of Medication to Students for School Year 2016-2017

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS

Student Last Name	First Name	MI	Date of birth ___ / ___ / _____	School
-------------------	------------	----	---------------------------------	--------

والدین / سرپرست کی رضامندی

میں بذریعہ ہذا اپنے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور 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 جانتا ہوں کہ میرے لیے اسکول کو دوا دینے کے لیے دوائی اور ضروری آلات، بشمول نان وینٹولین انہیلر non-Ventolin inhaler فراہم کرنا لازمی ہے۔ دوائیاں دواخانہ (فارمیسی) سے مناسب لیبل والے اصل ڈبے میں (اسکول کے باہر استعمال کے لئے مجھے اپنے بچے کے لیے ایسا دوسرا ڈبہ حاصل کرنا چاہئے) فراہم کرنی 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 طریقہ اور / یا دیگر ہدایات ہونی چاہئے؛ عام خریدی ہوئی دوا اور دوا کا نمونہ دوا ساز کے اصل ڈبے یا شیشی میں ہونے چاہیے اور اس ڈبے پر طالب علم کا نام چسپاں ہونا چاہئے۔ میں جانتا ہوں کہ فراہم کردہ تمام دوائیوں کی فراہمی کو اس دوائی کے اصل اور بند ڈبے میں ہونا چاہیے۔ میں مزید جانتا ہوں کہ مجھے مذکورہ بالا نسخہ یا ہدایات میں کسی بھی تبدیلی کے بارے میں 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 میری اجازت صرف نیویارک شہر محکمہ تعلیم ("DOE") کے کفالت کردہ موسم گرما کے تدریسی پروگرام کے دورانیہ کے دوران یا اس وقت تک مستند ہے جب تک کہ میں دوا کے استعمال کے متعلق اپنے بچے کے معالج کے ذریعہ جاری کردہ نیا نسخہ یا نئی ہدایات اسکول نرس کو نہ پہنچا دوں (جو بھی پہلے واقع ہو)۔ دوا کا یہ MAF جمع کر کے میں یہ گزارش کر رہا ہوں کہ اسکول کا دفتر صحت ("OSH") کے ذریعے DOE اور نیویارک شہر محکمہ صحت اور دماغی صحت ("DOHMH") میرے بچے کو مخصوص صحتی خدمات فراہم کرے۔ میں جانتا ہوں کہ ان خدمات میں اسکول کا دفتر صحت کے طبی نگہداشت کے پیشہ ور کے ذریعے کلینکل تشخیص اور ایک جسمانی معائنہ شامل ہو سکتا ہے۔ اس MAF میں اوپر درخواست کردہ طبی خدمت (خدمات) کے اہتمام کے متعلق تفصیلی اور مکمل معلومات اور ہدایات شامل ہیں۔ میں جانتا ہوں کہ مذکورہ بالا درخواست کردہ طبی خدمت (خدمات) کے اہتمام کے لیے OSH اور اسکول ایجنٹس، اور ملازمین اس فارم میں فراہم کی گئی معلومات اور ہدایات کی درستگی پر انحصار کر رہے ہیں۔

میں یہ جانتا ہوں کہ یہ فارم مطلوبہ خدمات فراہم کرنے کے لئے OSH اور DOE کا معاہدہ نہیں ہے بلکہ یہ ایسی خدمات کے لئے میری گزارش اور اجازت 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 جانتا ہوں کہ OSH اور DOE اور، اسکول ایجنٹس، اور اسکول ملازمین میرے بچے کو طبی یا صحت کی خدمات فراہم کرنے والے کسی بھی منتظم، طبی نگہداشت پیشہ ور 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: اپنیفرین epinephrine دے سے آرام کے لئے دستی آلہ (انہیلر) اور منظور شدہ خود لینے والی دیگر دواؤں کے استعمال کے لئے اس پیرے پر اپنے نام کے حروف کو تحریر کریں :**

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 مجوزہ دوائی کو بخوبی لینے کے قابل ہے۔ میں اپنے بچے کو مزید اجازت دیتا ہوں کہ یہ مذکورہ تجویز کی گئی دوا کو اپنے ساتھ اسکول لے جا سکتا ہے، اسے اپنے پاس رکھ سکتا ہے اور خود سے لے سکتا ہے۔ میں اعتراف کرتا ہوں کہ میں اپنے بچے کو مذکورہ بیان کے مطابق لیبل لگے ہوئے ڈبے میں ایسی دوا فراہم کروں گا، میرے بچے کے ذریعہ اس دوا کے استعمال کی کسی بھی طرح کی اور مکمل نگرانی کروں گا، اور میں میرے بچے پر ایسی دوا کے اسکول میں استعمال کے کسی بھی طرح کے اور تمام نتائج کے لئے ذمہ دار ہوں۔ میں جانتا ہوں اسکول کی نرس میرے بچے کی ذمہ دارانہ انداز میں دوا کو اپنے پاس رکھنے اور اس کو لینے کی تصدیق کرے گی۔ 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 رکھنے کے لئے واضح لیبل والی بوتل میں دوا کی "اضافی مقدار" فراہم کرنے کے لئے میں راضی ہوں۔

میں میرے بچے کے دوا کا ذخیرہ کرنے یا اس کو خود سے لینے کے لیے عارضی طور پر قابل نہ ہونے کی صورت میں اسکول کی نرس کو ایسی دوائی کا ذخیرہ کرنے اور / یا میرے بچے کو دینے کی اجازت دیتا ہوں۔

میں بذریعہ ہذا یہ تصدیق کرتا ہوں کہ میں نے اپنے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور کے ساتھ مشورہ کیا ہے اور یہ کہ میں اسکول کے دفتر صحت کو میرے بچے کی مجوزہ اپنیفرین دستیاب نہ ہونے کی صورت میں اپنیفرین کے ذخیرہ سے میرے بچے کو دوا دینے کی اجازت دیتا ہوں۔

آپ کے لیے لازمی ہے کہ آپ اسکولی تفریحی دوروں کے ایام اور / یا اسکول بعد پروگرام کے لیے اپنیفرین اور خود سے لینے والی منظور کردہ ادویات کو اپنے بچے کے ساتھ بھیجیں تاکہ یہ اس کے لیے دستیاب ہوں۔ اپنیفرین کا ذخیرہ صرف اس وقت استعمال کیا جاتا ہے جب آپکا بچہ اسکولی عمارت میں موجود ہو۔

والدین / سرپرست کے دستخط	والدین / سرپرست کا نام جلی حروف میں
دستخط کی تاریخ ___ / ___ / ___	والدین / سرپرست کا پتہ
ٹیلیفون نمبر: (____) _____ - _____	سیل فون: * (____) _____ - _____
والدین / سرپرست کا ای میل*	رابطے کا ٹیلیفون نمبر (____) _____ - _____
بنگامی صورت میں متبادل رابطہ فرد کا نام	
DO NOT WRITE BELOW - FOR OSH USE ONLY	
ذیل میں تحریر نہ کریں - صرف OSH کے استعمال کے لیے	
Reviewed by: Name _____ Date ___ / ___ / _____	Received by: Name _____ Date ___ / ___ / _____
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	Self-Administers/Self-Carries: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Signature and Title (RN OR MD/DO/NP):	

ALLERGIES / ANAPHYLAXIS

MEDICATION ADMINISTRATION FORM - OFFICE OF SCHOOL HEALTH
 Authorization for Administration of Medication to Students for School Year 2016-2017

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
<p>1. ONLY SINGLE DOSE AUTO-INJECTORS SELECT BELOW</p> <input type="checkbox"/> Epinephrine Auto-Injector 0.15 mg <input type="checkbox"/> Epinephrine Auto-Injector 0.3 mg <input type="checkbox"/> Give antihistamine in addition to epinephrine (must order antihistamine below) <p>Select the most appropriate option for this student:</p> <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry/self-administer ** <p><input type="checkbox"/> I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events _____ <small style="margin-left: 250px;">practitioner's initials</small></p> <p>**PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE</p>	<p>PRN (check all that apply):</p> <input type="checkbox"/> Itching <input type="checkbox"/> Shortness of Breath <input type="checkbox"/> Vomiting / Diarrhea <input type="checkbox"/> Hives <input type="checkbox"/> Tightness / Closure <input type="checkbox"/> Weak Pulse <input type="checkbox"/> Swelling <input type="checkbox"/> Hoarseness <input type="checkbox"/> Pallor / Cyanosis <input type="checkbox"/> Redness <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Dizziness / Fainting <p>Specify signs, symptoms, or situations:</p> <p>➤ Administer Intramuscularly into anterolateral aspect of thigh ➤ Call 911 immediately</p> <p>If no improvement, repeat in ___ minutes for a maximum of ___ times (not to exceed a total of 3 doses).</p>

<p>2. ORAL MEDICATION: <input type="checkbox"/> Diphenhydramine</p> <p>Preparation/Concentration: _____ Route _____</p> <p>Select the most appropriate option for this student:</p> <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry/self-administer ** <p><input type="checkbox"/> I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events _____ <small style="margin-left: 250px;">practitioner's initials</small></p> <p>**PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE</p>	<p>PRN (check all that apply):</p> <input type="checkbox"/> Itchy / Runny Nose <input type="checkbox"/> Itchy Mouth <input type="checkbox"/> Few Hives <input type="checkbox"/> Sneezing <input type="checkbox"/> Mildly Itchy Skin <input type="checkbox"/> Mild Nausea / Discomfort <p>Specify signs, symptoms, or situations:</p> <p>Dose: _____ q <input type="checkbox"/> 4 hours or <input type="checkbox"/> 6 hours as needed (specify) If no improvement, indicate instructions:</p>
---	--

<p>3. ORAL MEDICATION: _____</p> <p>Preparation/Concentration: _____ Route _____</p> <p>Select the most appropriate option for this student:</p> <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry/self-administer ** <p><input type="checkbox"/> I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events _____ <small style="margin-left: 250px;">practitioner's initials</small></p> <p>**PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE</p>	<p>PRN Specify signs, symptoms, or situations:</p> <p>Dose: _____ Time interval: q ___ (specify min or hours) <u>Conditions under which medication should not be given:</u></p> <p>If no improvement, indicate instructions:</p>
--	--

HOME Medications (include over-the counter)	For Office of School Health (OSH) Use Only
	Revisions per OSH after consultation with prescribing practitioner. <input type="checkbox"/> IEP

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

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS