

MEDICATION ADMINISTRATION FORM - OFFICE OF SCHOOL HEALTH
THIS FORM SHOULD BE USED FOR NON-ALLERGY / NON-ASTHMA MEDICATIONS ONLY
 Authorization for Administration of Medication to Students for School Year 2016-2017

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

موافقة الوالدة(ة)/ولي(ة) الأمر:

أقر بموجبه بموافقتي على تخزين الدواء وإعطائه، بالإضافة إلى تخزين الأدوات الضرورية لإعطاء الدواء واستخدامها بالتوافق مع إرشادات طبيب طفلي. أنا أدرك أنه يتعين علي تزويد المدرسة بالدواء والأدوات اللازمة لإعطائه، بما في ذلك أجهزة الاستنشاق التي لا تستخدم دواء (Ventolin). يجب إحضار الدواء في عبوات أصلية عليها ملصق من الصيدلية (ويتعين عليّ الحصول على عبوات أخرى مماثلة لاستخدام طفلي خارج المدرسة)؛ ويجب أن يتضمن الملصق على الدواء الموصوف اسم التلميذ(ة)، اسم ورقم هاتف الصيدلية، اسم الطبيب المرخص الذي وصف الدواء، تاريخ وعدد مرات إعادة التعبئة، اسم الدواء، الجرعات، عدد مرات تناول، طريقة تناول و/ أو إرشادات أخرى؛ يجب أن تكون الأدوية المباعية من دون وصفة طبية ونماذج الأدوية معبأة في عبوات أصلية للمنتج، مع اسم التلميذ مثبت على العبوة. أنا أدرك أنني إذا أحضرت جهاز الاستنشاق للربو، فيجب أن يكون في العبوة الأصلية غير المفتوحة. وأدرك أيضاً أنه يتعين عليّ فوراً إخطار ممرض المدرسة بأي تغييرات في الوصفة أو الإرشادات المذكورة أعلاه.

أدرك أنه لا يسمح لأي تلميذ(ة) أن يقوم بإحضار أدوية يتوجب ضبط استخدامها، أو أن تناولها بنفسه.

وأدرك بأن هذه الموافقة صالحة فقط لحين انتهاء دورة برنامج التعليم الصيفي برعاية إدارة التعليم بمدينة نيويورك؛ أو عندما أسلم لممرض المدرسة تعليمات جديدة صادرة عن طبيب طفلي (أيهما سبق). إنني أطلب من خلال تقديم هذه الاستمارة (MAF)، أن يتم تزويد طفلي بخدمات صحية محددة من قبل إدارة التعليم (DOE) وإدارة الصحة العامة والصحة العقلية لمدينة نيويورك (DOHMH) عن طريق مكتب الصحة المدرسية (OSH). وأنا أدرك أن هذه الخدمات قد تتضمن تقييماً إكلينيكياً وفحصاً بدنياً من طرف مقدم الرعاية الصحية بمكتب الصحة المدرسية (OSH). لقد تم تضمين إرشادات تامة وكاملة حول تقديم الخدمات الصحية المطلوبة أعلاه في استمارة اعطاء الدواء (MAF) هذه. أدرك أن مكتب الصحة المدرسية (OSH) ووكلائه، وموظفيه المشاركين في تقديم الخدمات الصحية المطلوبة أعلاه يعتمدون على دقة المعلومات المقدمة في هذه الاستمارة. إنني أدرك أن هذه الاستمارة ليست موافقة من الإدارة أو إدارة الصحة العامة والصحة العقلية (DOHMH) على تقديم الخدمات المطلوبة، ولكنها في الواقع، طلب وموافقة وتصريح مني للحصول على هذه الخدمات. إنني هنا أصرح للإدارة وإدارة الصحة العامة والصحة العقلية وموظفيهم ووكلائهم، للاتصال والتشاور مع أي مقدم للرعاية الصحية و/ أو الصيدلاني الذي قام بإعطاء الدواء أو الخدمات الصحية لطفلي، وطلب أية معلومات إضافية قد تكون مناسبة لما يتعلق بحالة طفلي الصحية، الدواء و/ أو المعالجة.

****تناول الدواء بشكل ذاتي: ضعوا الحروف الأولى من الاسم على هذه الفقرة لاستخدام عقار (epinephrine)، وأجهزة الاستنشاق للربو والأدوية الأخرى المسموح بتناولها ذاتياً):**

أقر بموجبه بأن طفلي قد حصل على كافة الإرشادات وهو قادر على تناول الدواء الموصوف بنفسه. وأصرح بالإضافة لذلك لطفلي بحمل وتخزين الدواء المذكور أعلاه وتناوله بنفسه في المدرسة. أقر بأنني أتحمّل مسؤولية تزويد طفلي بذلك الدواء في العبوات بالملصقات كما هو موضح أعلاه، وأنني أتحمّل مسؤولية أي مراقبة وكافة أشكال المراقبة حول استخدام طفلي لهذا الدواء، كما أنني أتحمّل مسؤولية أية تبعات وكافة تبعات استخدام طفلي لهذا الدواء في المدرسة. إنني أدرك أن ممرض المدرسة سوف يؤكد مقدرة طفلي على حمل الدواء وتناوله بنفسه بشكل مسئول في المدرسة. بالإضافة لذلك، فإنني أوافق على إحضار "دواء إضافي" في عبوة عليها لصاقة تعريف واضحة لحفظها في الغرفة الطبية في حال لم يكن مع طفلي كمية كافية من الدواء لتناوله.

أخوّل لممرض(ة) المدرسة أن يقوم بتخزين و/ أو إعطاء الدواء لطفلي في حال كان طفلي غير قادر على تخزين الدواء وتناوله بنفسه لفترة مؤقتة.

أقر بموجبه بأنني تشاورت مع مقدم الرعاية الطبية لطفلي وأني أصرح لمكتب الصحة المدرسية بإعطاء عقار (Ventolin) المخزّن في حالة عدم توفر دواء الربو الموصوف الخاص بطفلي.

اسم الوالدة(ة)/ولي(ة) الأمر	توقيع الوالدة(ة)/ولي(ة) الأمر
عنوان الوالدة(ة)/ولي(ة) الأمر	تاريخ التوقيع ___/___/_____
أرقام الهاتف: أثناء النهار _____ - (____) _____ البيت (____) _____ - (____) _____ الهاتف المحمول _____ - (____) _____	
رقم الهاتف للاتصال _____ - (____) _____	اسم شخص بديل للاتصال به في حالة الطوارئ
DO NOT WRITE BELOW – FOR DOE AND OSH ONLY - الرجاء عدم الكتابة أدناه - لاستخدام الإدارة وإدارة الصحة العامة والصحة العقلية فقط	
Received by: Name _____ Date ___/___/_____	Reviewed by: Name _____ Date ___/___/_____
Referred to School 504 Coordinator: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	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	
Signature and Title (RN OR MD/DO/NP):	Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison ___/___/_____

MEDICATION ADMINISTRATION FORM - OFFICE OF SCHOOL HEALTH
THIS FORM SHOULD BE USED FOR NON-ALLERGY / NON-ASTHMA MEDICATIONS ONLY
 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	<input type="checkbox"/> Male
			MM / DD / YYYY	<input type="checkbox"/> Female
Guardian's e-mail address			OSIS Number	
School (include name, number, address and borough)			DOE District	Grade
				Class

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

1. Diagnosis: _____ ICD-10 Code <input type="checkbox"/> _____ Medication: _____ <small>Generic and/or Brand Name</small> Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ Route: _____ Select the most appropriate option for this student: <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 (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES):** • I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribe medication effectively for school/field trips/school-sponsored events. _____ <small>practitioner's initials</small> ** PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE	In School Instructions <input type="checkbox"/> Standing daily dose: at __: __ AM / PM and __: __ AM / PM AND/OR <input type="checkbox"/> PRN _____ <small>specify signs, symptoms, or situations</small> <input type="checkbox"/> Time interval: q __ minutes or q __ hours as needed. <input type="checkbox"/> If no improvement, repeat in __ minutes or __ hours for a maximum of __ times. Conditions under which medication should not be given:
---	---

2. Diagnosis: _____ ICD-10 Code <input type="checkbox"/> _____ Medication: _____ <small>Generic and/or Brand Name</small> Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ Route: _____ Select the most appropriate option for this student: <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 (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES):** • I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events. _____ <small>practitioner's initials</small> ** PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE	In School Instructions <input type="checkbox"/> Standing daily dose: at __: __ AM / PM and __: __ AM / PM AND/OR <input type="checkbox"/> PRN _____ <small>specify signs, symptoms, or situations</small> <input type="checkbox"/> Time interval: q __ minutes or q __ hours as needed. <input type="checkbox"/> If no improvement, repeat in __ minutes or __ hours for a maximum of __ times. Conditions under which medication should not be given:
--	---

3. Diagnosis: _____ ICD-10 Code <input type="checkbox"/> _____ Medication: _____ <small>Generic and/or Brand Name</small> Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ Route: _____ Select the most appropriate option for this student: <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 (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES):** • I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events. _____ <small>practitioner's initials</small> ** PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE	In School Instructions <input type="checkbox"/> Standing daily dose: at __: __ am / pm and __: __ AM / PM AND/OR <input type="checkbox"/> PRN _____ <small>specify signs, symptoms, or situations</small> <input type="checkbox"/> Time interval: q __ minutes or q __ hours as needed. <input type="checkbox"/> If no improvement, repeat in __ minutes or __ hours for a maximum of __ times. Conditions under which medication should not be given:
--	---

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

Health Care Practitioner LAST NAME	FIRST NAME	(Please	Signature
Print)			
Address	Tel. No. (____)____-____	Fax. No (____)____-____	
E-mail address*	Cell phone* (____)____-____		
NYS License No (Required) ____-____-____	Medicaid No ____-____-____	NPI No. ____-____-____	Date ____/____/____

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS