

## MEDICATION ADMINISTRATION FORM

**THIS FORM SHOULD BE USED FOR NON-ALLERGY / NON-ASTHMA MEDICATIONS ONLY**

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 _____ <small>MM DD YYYY</small>	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female
					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**

<p><b>1. Diagnosis:</b> _____ ICD-10 Code <input type="checkbox"/> _____</p> <p><b>Medication:</b> _____ <small>Generic and/or Brand Name</small></p> <p>Preparation/Concentration: _____</p> <p>Dose: _____ Route: _____</p> <p><b>Select the most appropriate option for this student:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication</p> <p><input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision</p> <p><input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry / self-administer (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES):**</p>	<p><b>In School Instructions</b></p> <p><input type="checkbox"/> Standing daily dose: at ___:___ AM / PM and ___:___ AM / PM</p> <p style="text-align: center;"><b>AND/OR</b></p> <p><input type="checkbox"/> PRN</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;"><i>specify signs, symptoms, or situations</i></p> <p><input type="checkbox"/> Time interval: ___ minutes or ___ hours as needed.</p> <p><input type="checkbox"/> If no improvement, repeat in ___ minutes or ___ hours for a maximum of ___ times.</p> <p><b>Conditions under which medication should not be given:</b></p> <p>_____</p>
<p>_____ Practitioner's initials</p>	<p>I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events <b>**PARENT MUST INITIAL REVERSE</b></p>

<p><b>2. Diagnosis:</b> _____ ICD-10 Code <input type="checkbox"/> _____</p> <p><b>Medication:</b> _____ <small>Generic and/or Brand Name</small></p> <p>Preparation/Concentration: _____</p> <p>Dose: _____ Route: _____</p> <p><b>Select the most appropriate option for this student:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication</p> <p><input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision</p> <p><input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry / self-administer (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES):**</p>	<p><b>In School Instructions</b></p> <p><input type="checkbox"/> Standing daily dose: at ___:___ AM / PM and ___:___ AM / PM</p> <p style="text-align: center;"><b>AND/OR</b></p> <p><input type="checkbox"/> PRN</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;"><i>specify signs, symptoms, or situations</i></p> <p><input type="checkbox"/> Time interval: ___ minutes or ___ hours as needed.</p> <p><input type="checkbox"/> If no improvement, repeat in ___ minutes or ___ hours for a maximum of ___ times.</p> <p><b>Conditions under which medication should not be given:</b></p> <p>_____</p>
<p>_____ Practitioner's initials</p>	<p>I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events <b>**PARENT MUST INITIAL REVERSE</b></p>

<p><b>3. Diagnosis:</b> _____ ICD-10 Code <input type="checkbox"/> _____</p> <p><b>Medication:</b> _____ <small>Generic and/or Brand Name</small></p> <p>Preparation/Concentration: _____</p> <p>Dose: _____ Route: _____</p> <p><b>Select the most appropriate option for this student:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication</p> <p><input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision</p> <p><input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry / self-administer (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES):**</p>	<p><b>In School Instructions</b></p> <p><input type="checkbox"/> Standing daily dose: at ___:___ am / pm and ___:___ AM / PM</p> <p style="text-align: center;"><b>AND/OR</b></p> <p><input type="checkbox"/> PRN</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;"><i>specify signs, symptoms, or situations</i></p> <p><input type="checkbox"/> Time interval: ___ minutes or ___ hours as needed.</p> <p><input type="checkbox"/> If no improvement, repeat in ___ minutes or ___ hours for a maximum of ___ times.</p> <p><b>Conditions under which medication should not be given:</b></p> <p>_____</p>
<p>_____ Practitioner's initials</p>	<p>I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events <b>**PARENT MUST INITIAL REVERSE</b></p>

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

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

**MEDICATION ADMINISTRATION FORM**

**THIS FORM SHOULD BE USED FOR NON-ALLERGY / NON-ASTHMA MEDICATIONS ONLY**

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

**The Following Section To Be Completed By Student's Parent/Guardian**

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 علي 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 المبيعة من دون وصفة طبية ونماذج الأدوية معبأة في عبوات أصلية للمنتج، مع اسم التلميذ مثبت على العبوة. إنني أدرك أنني إذا أحضرت جهاز الاستنشاق للربو، فيجب أن يكون في العبوة الأصلية غير المفتوحة. وأدرك أيضاً أنه يتعين علي فوراً إخطار ممرض المدرسة بأية 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 استمارة تقديم الدواء (MAF) هذه 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 اكلينيكيًا 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 موافقة 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 باللصاقات 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 مسؤل في المدرسة. بالإضافة لذلك، فأبني 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.

التوقيع بالأحرف الأولى

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

التوقيع بالأحرف الأولى



الاسم الأخير للتلميذ(ة)	الاسم الأول	الأوسط	تاريخ الميلاد	المدرسة
اسم الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر بخط واضح	توقيع الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر			
عنوان الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر	تاريخ التوقيع			
أرقام الهاتف	أثناء النهار	المنزل	الهاتف المحمول	
عنوان البريد الإلكتروني للوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر				
اسم شخص بديل للاتصال به في حالة الطوارئ		رقم هاتف طرف الاتصال		

**For OFFICE OF SCHOOL HEALTH (OSH) Only**

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