

Attach student photo here

# ALLERGIES/ANAPHYLAXIS MEDICATION ADMINISTRATION FORM

Provider Medication Order Form | Office of School Health | School Year 2018-2019

**DUE: JULY 15<sup>th</sup>. Forms submitted after July 15<sup>th</sup> may delay processing for new school year**

Student Last Name	First Name	Middle	Date of birth ____/____/____ MM DD YYYY	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female
OSIS Number _____		Weight _____ kg			
School (include name, number, address and borough)			DOE District	Grade	Class

### HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

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	Does this student have the ability to:	
History of anaphylaxis? <input type="checkbox"/> Yes Date ____/____/____ <input type="checkbox"/> No	Self-Manage (See 'Student Skill Level' below) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
If yes, system affected <input type="checkbox"/> Respiratory <input type="checkbox"/> Skin <input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Neurologic	Recognize signs of allergic reactions <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Treatment Date ____/____/____	Recognize/avoid allergens independently <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
History of allergy testing? <input type="checkbox"/> Yes (attach copy of results) Date ____/____/____ <input type="checkbox"/> No	Comments:	

### Select In School Medications

#### 1. SEVERE REACTION

- **CALL 911**, Immediately administer:
- Epinephrine** Auto-Injector 0.15 mg
- Epinephrine** Auto-Injector 0.3 mg (retractable devices preferred) intramuscularly into the anterolateral of thigh for the following symptoms:
  - Shortness of breath, wheezing, or coughing
  - Fainting or dizziness
  - Lip or tongue swelling that bothers breathing
  - Pale or bluish skin color
  - Tight or hoarse throat
  - Vomiting or diarrhea (if severe or combined with other symptoms)
  - Weak pulse
  - Trouble breathing or swallowing
  - Feeling of doom, confusion, altered consciousness or agitation
  - Many hives or redness over body
- Other: \_\_\_\_\_
- If this box is checked, child has an extremely severe allergy to an insect sting or the following food(s): \_\_\_\_\_  
Even if child has MILD symptoms after a sting or eating these foods, **give epinephrine.**
- If no improvement, or if symptoms recur, repeat in \_\_\_\_\_ minutes for maximum of \_\_\_\_\_ times (not to exceed a total of 3 doses)

#### Student Skill Level (select the most appropriate option)

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

Practitioner's Initials

I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/fieldtrips/school sponsored events.

#### 2. MILD REACTION:

- Give antihistamine: Name: \_\_\_\_\_ Preparation/Concentration: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Route: \_\_\_\_\_  
Frequency:  Q4 hours or  Q6 hours as needed for the following symptoms:
  - Itchy nose, sneezing, itchy mouth
  - A few hives
  - Mild stomach nausea or discomfort
  - Other: \_\_\_\_\_
- If symptoms of severe allergy/anaphylaxis develop, use epinephrine.

#### Student Skill Level (select the most appropriate option)

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

Practitioner's Initials

I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/fieldtrips/school sponsored events.

#### 3. OTHER MEDICATION (e.g., inhaler/bronchodilator if child has asthma):

- Give Name: \_\_\_\_\_ Preparation/Concentration: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_  
Route: \_\_\_\_\_ Frequency: Q \_\_\_\_\_  minutes  hours as needed
- Specify signs, symptoms, or situations: \_\_\_\_\_
- If no improvement, indicate instructions: \_\_\_\_\_
- Conditions under which medication should not be given: \_\_\_\_\_

#### Student Skill Level (select the most appropriate option)

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

Practitioner's Initials

I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/fieldtrips/school sponsored events.

#### Home Medications (include over-the counter)

Health Care Practitioner Name LAST (Please Print)	FIRST	Signature	Date ____/____/____
Address		Tel. (____) ____-____	Fax. (____) ____-____
NYS License # (Required)	NPI #		

# ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКИХ/ПРОТИВОАНАФИЛАКТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

Форма назначения лекарственного препарата | Отдел школьного здравоохранения | 2018–2019 уч. год

СРОК ПОДАЧИ: 15 ИЮЛЯ. Подача запроса после указанного срока может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

## ЗАЯВЛЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ/ОПЕКУНОВ

Я, нижеподписавшийся, выражаю согласие на следующее:

- Я даю согласие на хранение и выдачу ребенку в школе лекарства в соответствии с предписаниями его лечащего врача. Также даю согласие на хранение и применение в школе инструментов/материалов для введения лекарства.
- Мне известно следующее:
  - Я обязан предоставить школьной медсестре лекарство и необходимые инструменты. Мне необходимо постараться предоставить школе эпинефриновые (адреналиновые) автоинъекторы (шприцы-ручки) с убирающей иглой.
  - Все рецептурные и безрецептурные лекарственные препараты, предоставляемые школе, должны быть новыми, в запечатанной фабричной или аптечной упаковке.** Для применения вне школы и во время школьных поездок обязуюсь дать ребенку другое лекарство.
    - Рецептурное лекарство должно быть в упаковке с аптечной этикеткой, включающей 1) имя и фамилию ребенка, 2) название и телефон аптеки, 3) имя и фамилию выписавшего препарат врача, 4) дату, 5) число повторных заказов, 6) название препарата, 7) дозу, 8) периодичность приема, 9) способ применения и/или другие инструкции.
  - Я обязан **незамедлительно** информировать школьную медсестру о любых изменениях, связанных с приемом лекарства или предписаниями врача.
  - Сотрудники Отдела школьного здравоохранения (OSH) и его представители, ответственные за предоставление ребенку вышеуказанной услуги/услуг, руководствуются информацией, представленной в данной форме.
  - Своей подписью в Запросе на выдачу лекарств (medication administration form, MAF) я разрешаю Отделу школьного здравоохранения (Office of School Health, OSH) оказывать медицинские услуги ребенку. Эти услуги могут включать клиническую оценку и медицинский осмотр, проводимые врачом или медсестрой OSH.
  - Форма назначения лекарственного препарата в MAF истекает в конце учебного года, который может включать летние занятия, или по представлении мной новой формы MAF школьной медсестре (в зависимости от того, что наступит ранее).
  - Данная форма представляет собой мой запрос и разрешение на указанные услуги по лечению аллергии. Она не является согласием OSH об оказании запрашиваемых услуг. В случае согласия OSH на предоставление этих услуг, ребенку также потребуется План по адаптации Student Accommodation Plan), который оформляется школой.
  - OSH вправе обращаться за необходимой информацией о состоянии здоровья ребенка, его лекарствах и/или лечении к любым поставщикам медицинских и/или фармацевтических услуг, оказывавшим помощь ребенку.
  - В случае отсутствия школьной медсестры я могу быть уведомлен о необходимости явиться в школу для выдачи лекарства ребенку.

### САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

- Настоящим заявляю/подтверждаю, что ребенок прошел обучение и может принимать лекарство самостоятельно. Я разрешаю ребенку иметь при себе, хранить и самостоятельно принимать в школе указанное в данной форме лекарство. Я несу ответственность за предоставление ребенку лекарственных средств в упаковке, как описано выше. Я также несу ответственность за контроль использования лекарства ребенком, а также за все последствия приема этого препарата в школе. Школьная медсестра удостоверяет способность ребенка иметь при себе и самостоятельно принимать препарат. Я даю согласие на предоставление запасного лекарства в упаковке с разборчиво надписанной этикеткой для хранения в школе.
- Я даю согласие на выдачу лекарства школьной медсестрой или обученным сотрудником в случае временной невозможности ребенка иметь при себе и самостоятельно принимать препарат.
- Настоящим подтверждаю, что по согласованию с лечащим врачом ребенка я разрешаю OSH применять имеющиеся в школе лекарственные средства в случае отсутствия у ребенка собственных противоаллергических лекарств/эпинефрина.

**ПРИМЕЧАНИЕ.** В случае выбора в пользу имеющихся в школе лекарственных средств, в дни школьных экскурсий и/или послешкольных программ вы должны обеспечить ребенка автоинъектором с эпинефрином (адреналином), противоастматическим ингалятором и другими утвержденными для самостоятельного приема лекарствами для использования в случае необходимости. Школьные лекарства предназначены только для применения сотрудниками OSH исключительно в школе.

Ребенок: Фамилия	Имя	Инициал ср. имени	Дата рождения	Школа
Имя и фамилия родителя/опекуна (печатными буквами)			Подпись родителя/опекуна	
Дата подписи	Email родителя/опекуна		Адрес родителя/опекуна:	
Телефоны: дневной	домашний		мобильный	
Другое контактное лицо для срочной связи:			Телефон контактного лица	

### For Office of School Health (OSH) Use Only / Для служебных отметок OSH

OSIS Number:			
Received by: Name	Date	Reviewed by: Name	Date
<input type="checkbox"/> 504	<input type="checkbox"/> IEP	<input type="checkbox"/> Other	Referred to School 504 Coordinator: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Services provided by: <input type="checkbox"/> Nurse/NP		<input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor (For supervised students only)	<input type="checkbox"/> School Based Health Center
Signature and Title (RN OR SMD):		Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison	
Revisions as per OSH contact with prescribing health care practitioner <input type="checkbox"/> Modified <input type="checkbox"/> Not Modified			

\*Конфиденциальная информация не подлежит пересылке по электронной почте.