

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)

<b>Student Skill Level (select the most appropriate option)</b> <input type="checkbox"/> Dependent Student: nurse/nurse-trained staff must administer <input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry/self-administer	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> 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.

<b>Student Skill Level (select the most appropriate option)</b> <input type="checkbox"/> Dependent Student: nurse must administer <input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry/self-administer	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> 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: \_\_\_\_\_

<b>Student Skill Level (select the most appropriate option)</b> <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer <input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry/self-administer	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> 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 #		

## অ্যালার্জি/অ্যানাফাইল্যাক্সিস এর ঔষধ দেওয়া সংক্রান্ত ফরম

ঔষধ প্রদানকারীর অর্ডার ফরম | অফিস অব স্কুল হেলথ | 2018-2019 স্কুল বর্ষ  
শেষ তারিখ: জুলাই 15. 15 জুলাইয়ের পর ফরম জমা দিলে তা নতুন স্কুল বর্ষের জন্য প্রক্রিয়াকরণে দেরি হতে পারে  
প্যারেন্ট/অভিভাবক নিচে পূরণ করুন

### নিচে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি নিম্নোক্ত বিষয়গুলিতে সহমত পোষণ করছি:

- আমি সম্মতি জ্ঞাপন করছি যে আমার সন্তানের ঔষধ আমার সন্তানের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী চিকিৎসকের নির্দেশনা মতে স্কুলে সংরক্ষণ ও প্রদান করা হবে। এছাড়াও আমি সম্মতি জ্ঞাপন করছি যে আমার সন্তানের ঔষধের জন্য প্রয়োজনীয় যেকোনো সরঞ্জাম স্কুলে সংরক্ষণ ও ব্যবহার করা হবে।
- আমি বুঝেছি যে:
  - আমাকে অবশ্যই স্কুল নার্সকে আমার সন্তানের ঔষধ ও সরঞ্জাম প্রদান করতে হবে। আমি স্কুলকে রিট্র্যাক্টেবল স্টুচসহ এপিনেফ্রিন পেন প্রদান করার চেষ্টা করব।
  - স্কুলকে আমার প্রদানকৃত নির্দেশনাপত্রের ও “নির্দেশনাপত্র বহির্ভূত” সকল ঔষধ অবশ্যই নতুন, না-খোলা এবং আসল বোতল বা বাস্কে হতে হবে। যখন আমার সন্তান স্কুলে থাকবে না বা স্কুলের আনন্দ ভ্রমণে থাকবে তখন আমি আমার সন্তানের জন্য আরেকটি ঔষধ নেব।
    - নির্দেশনাপত্রের ঔষধগুলির বাস্কে বা বোতলে অবশ্যই আসল ফার্মেসির লেবেল লাগানো থাকতে হবে। লেবেলে অবশ্যই থাকবে: 1) আমার সন্তানের নাম, 2) ফার্মাসির নাম ও ফোন নম্বর, 3) আমার সন্তানের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী চিকিৎসকের নাম, 4) তারিখ, 5) পুনরায় ভরার সংখ্যা, 6) ঔষধের নাম, 7) মাত্রা, 8) ঔষধ খাওয়ার সময়, 9) ঔষধটি কীভাবে খেতে হবে এবং 10) অন্যান্য নির্দেশনা।
  - আমাকে অবশ্যই আমার সন্তানের ঔষধ বা স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী চিকিৎসকের নির্দেশনায় আনীত যেকোনো পরিবর্তন সম্পর্কে **অনতিবিলম্বে** স্কুল নার্সকে বলতে হবে।
  - আমার সন্তানকে উপরোক্ত স্বাস্থ্যসেবা প্রদানে সম্পূর্ণ OSH এবং এর প্রতিনিষিদ্ধ এই ফরমে প্রদত্ত তথ্যের সত্যতার উপর নির্ভরশীল।
  - এই ঔষধ পরিচালনা সংক্রান্ত ফরমে (MAF) স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, অফিস অব স্কুল হেলথ (OSH) আমার সন্তানকে স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করতে পারে। এই সেবাগুলির মধ্যে রয়েছে একজন OSH এর স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী চিকিৎসক বা নার্স কর্তৃক একটি চিকিৎসাগত মূল্যায়ন বা একটি শারীরিক পরীক্ষা।
  - এই MAF এর ঔষধের অর্ডারের মেয়াদ শেষ হবে আমার সন্তানের স্কুল বর্ষের শেষে, যেটিতে অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে গ্রীষ্মকালীন সেশন অথবা যখন আমি স্কুল নার্সকে একটি নতুন MAF দিব (যেটি আগে হয়)।
  - এই ফরমটি এই ফরমে বর্ণিত অ্যালার্জি পরিষেবার জন্য আমার সম্মতি ও অনুরোধ প্রদর্শন করে। অনুরোধকৃত পরিষেবা প্রদান করার জন্য এটি OSH এর কোনো চুক্তি নয়। যদি OSH এই পরিষেবা প্রদানের সিদ্ধান্ত নেয়, আমার সন্তানের একটি শিক্ষার্থীর বিশেষ সুবিধা পরিকল্পনার প্রয়োজন হতে পারে। এ পরিকল্পনা স্কুল পূরণ করবে।
  - OSH অন্য যেকোনো তথ্য পেতে পারে যা তারা মনে করে যে আমার সন্তানের চিকিৎসাগত অবস্থা, ঔষধ বা চিকিৎসার জন্য প্রয়োজন। OSH যেকোনো স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী চিকিৎসক, নার্স বা ফার্মাসিস্টের কাছ থেকে এই তথ্য পেতে পারে যিনি আমার সন্তানকে স্বাস্থ্যসেবা দিয়েছেন।
  - যদি স্কুল নার্স না থাকেন, আমার সন্তানের ঔষধ দেওয়ার জন্য আমাকে স্কুলে আসতে বলা হতে পারে।

### নিজে নিজে ঔষধ নেওয়া:

- আমি প্রত্যয়ন/নিশ্চিত করছি যে আমার সন্তানকে সম্পূর্ণভাবে প্রশিক্ষণ দেয়া হয়েছে এবং সে নিজে নিজে ঔষধ খেতে পারে। স্কুলে এই ফরমে নির্দেশিত ঔষধ আমার সন্তান নিজে নিজে বহন, সংরক্ষণ ও প্রদান করার ব্যাপারে আমি সম্মতি জ্ঞাপন করছি। উপরের বর্ণনা মতে বোতল বা বাস্কে করে আমার সন্তানকে এই ঔষধ দেওয়ার জন্য আমি দায়ী। এছাড়াও আমার সন্তানের ঔষধের ব্যবহার তদারক করার জন্য এবং স্কুলে আমার সন্তানের এই ঔষধ ব্যবহারে ফলে সৃষ্ট পরিণতির জন্য আমিই দায়ী। আমার সন্তান ঔষধ বহন এবং নিজে নিজে ঔষধ নিতে পারে কি না সে সম্পর্কে স্কুল নার্স আমাকে নিশ্চিত করবেন। এছাড়াও আমি স্কুলকে স্পষ্ট লেবেলযুক্ত বাস্কে বা বোতলে “ব্যাক আপ” ঔষধ দিতে সম্মত হই।
- আমি সম্মতি জ্ঞাপন করছি যে যদি আমার সন্তান সাময়িকভাবে ঔষধ বহন করতে এবং নিজে নিজে খেতে অসমর্থ হয় তবে স্কুল নার্স বা প্রশিক্ষিত স্কুল স্টাফ আমার সন্তানকে ঔষধ খাওয়াবেন।
- আমি প্রত্যয়ন/নিশ্চিত করছি যে আমি আমার সন্তানের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী চিকিৎসকের মাধ্যমে যাচাই করেছি এবং আমি সম্মতি জ্ঞাপন করছি যে আমার সন্তানের হাঁপানির ঔষধ বা এপিনেফ্রিন পাওয়া না গেলে OSH আমার সন্তানকে মজুদ ঔষধ প্রদান করবে।

**উল্লেখ্য:** আপনি যদি মজুদ ঔষধ ব্যবহার করতে চান, আপনাকে অবশ্যই আপনার সন্তানের হাঁপানির ইনহেলার, এপিনেফ্রিন এবং অন্যান্য অনুমোদিত নিজে নিজে নেওয়ার মতো ঔষধ স্কুল ট্রিপের দিন এবং/অথবা স্কুল-পরবর্তী প্রোগ্রামে আপনার সন্তানের সাথে পাঠাতে হবে যাতে সে প্রয়োজনে ব্যবহার করতে পারে। মজুদ ঔষধ শুধু স্কুলে OSH স্টাফ কর্তৃক ব্যবহারের জন্য।

ছাত্রের শেষ নাম	নামের প্রথম অংশ	MI	জন্মতারিখ	স্কুল
প্যারেন্ট/অভিভাবকের নাম স্পষ্ট হরফে লিখুন		<b>এখানে স্বাক্ষর</b>		
স্বাক্ষর দেওয়ার তারিখ		প্যারেন্ট/অভিভাবকের ঠিকানা		
টেলিফোন নম্বর: দিনের বেলা		বাড়ি		সেল ফোন
বিকল্প জরুরি যোগাযোগের নাম			যোগাযোগের টেলিফোন নম্বর	

**For Office of School Health (OSH) Use Only / শুধুমাত্র অফিস অব স্কুল হেলথ (OSH) এর ব্যবহারের জন্য**

<b>OSIS Number:</b>			
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	<input type="checkbox"/> School Based Health Center (For supervised students only)
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			

\*গোপনীয় তথ্য ইমেইলে পাঠানো উচিত নয়