

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**

<b>Student</b> 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
  - Pale or bluish skin color
  - Weak pulse
  - Many hives or redness over body
  - Fainting or dizziness
  - Tight or hoarse throat
  - Trouble breathing or swallowing
  - Lip or tongue swelling that bothers breathing
  - Vomiting or diarrhea (if severe or combined with other symptoms)
  - Feeling of doom, confusion, altered consciousness or agitation
- 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)

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

## استمارة إعطاء أدوية الحساسية/ الحساسية المفرطة

استمارة طلب الدواء من المزود | مكتب الصحة المدرسية | العام الدراسي 2018-2019  
موعد الاستحقاق: 15 يوليو/ تموز. الاستمارات المقدمة بعد يوم 15 يوليو/ تموز قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد  
يقوم الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر بتعبئة الجزء أدناه

بتوقيعك أدناه، فأنت توافق على ما يلي:

- أوافق على أن يتم تخزين الدواء الخاص بطفلي وإعطائه في المدرسة بناءً على توجيهات ممارس الرعاية الصحية لطفلي. أوافق أيضاً على أن يتم تخزين أية معدات مطلوبة لتقديم دواء طفلي واستخدامها في المدرسة.
- وأنا أدرك أنه:
  - يجب أن أعطي ممرضة المدرسة الدواء والمعدات الخاصة بطفلي. سأحاول إعطاء الأقلام إبينفرين (epinephrine pens) للمدرسة مع إبر قابلة للسحب.
  - يجب أن تكون جميع الأدوية "التي تصرف بدون وصفة طبية" والتي أعطيها للمدرسة جديدة وغير مفتوحة، وفي القارورة أو العبوة الأصلية. سوف أحصل على دواء آخر ليستخدمه طفلي عندما لا يكون في المدرسة أو في رحلة مدرسية.
  - يجب أن تحمل الأدوية الموصوفة طبياً ملصق الصيدلية الأصلي على القارورة أو العبوة. يجب أن يشتمل الملصق على: (1) اسم طفلي، (2) اسم الصيدلية ورقم هاتفها، (3) اسم ممارس الرعاية الصحية لطفلي، (4) التاريخ، (5) عدد مرات إعادة التعبئة، (6) اسم الدواء، (7) الجرعة، (8) متى يتم تناول الدواء، (9) كيفية تناول الدواء، (10) أية إرشادات أخرى.
  - يجب أن أخبر ممرضة المدرسة فوراً عن أي تغيير في دواء طفلي أو تعليمات ممارس الرعاية الصحية.
  - يعتمد مكتب الصحة المدرسية (OSH) وكلاءه المشاركين في تقديم الخدمة (الخدمات) الصحية المذكورة أعلاه إلى طفلي على دقة المعلومات المقدمة في هذه الاستمارة.
  - بتوقيعي على استمارة إعطاء الدواء هذه (MAF)، قد يقدم مكتب الصحة المدرسية (OSH) الخدمات الصحية لطفلي. وأنا أدرك أن هذه الخدمات قد تتضمن تقييماً أكلينيكياً أو فحصاً بدنياً من طرف ممارس الرعاية الصحية أو الممرضة بمكتب الصحة المدرسية (OSH).
  - ينتهي طلب إعطاء الدواء في استمارة (MAF) هذه في نهاية العام الدراسي لطفلي، والذي قد يشمل الحمص الصيفي، أو عندما أعطي ممرضة المدرسة استمارة (MAF) جديدة (أيهما أقرب).
  - تمثل هذه الاستمارة موافقتي وطلب تقديم خدمات الحساسية المذكورة في هذه الاستمارة. وهي لا تمثل اتفاقاً مع مكتب الصحة المدرسية (OSH) لتوفير الخدمات المطلوبة. إذا قرر مكتب الصحة المدرسية (OSH) تقديم هذه الخدمات، قد يحتاج طفلي أيضاً إلى خطة لتسهيلات التلميذ. ستقوم المدرسة بوضع هذه الخطة.
  - قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على أية معلومات أخرى يعتقد أنها ضرورية عن الحالة الطبية لطفلي أو أديته أو علاجه. قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على هذه المعلومات من أي ممارس رعاية صحية أو ممرضة أو صيدلي قدم خدمات صحية لطفلي.
  - إذا لم تتوفر ممرضة المدرسة، فقد يتم إخطاري بالحضور للمدرسة لإعطاء الدواء لطفلي.

### تناول الدواء بشكل ذاتي:

- أقر/ أؤكد أن طفلي قد تلقى تدريباً كاملاً ويمكنه تناول الدواء من تلقاء نفسه. أوافق على أن يقوم طفلي بحمل وتخزين وتناول الدواء الموصوف على هذه الاستمارة بنفسه في المدرسة. أنا مسؤول عن إعطاء طفلي هذا الدواء في قوارير أو عبوات كما هو موضح أعلاه. أنا أيضاً مسؤول عن مراقبة استخدام طفلي للدواء، وعن جميع نتائج استخدام طفلي لهذا الدواء في المدرسة. ستؤكد ممرضة المدرسة قدرة طفلي على حمل الدواء وتناوله بنفسه. كما أوافق على إعطاء دواء "احتياطياً" للمدرسة في قارورة أو عبوة معنونة بوضوح.
- أوافق على قيام ممرضة المدرسة أو طاقم المدرسة المدرب بإعطاء طفلي الدواء إذا كان طفلي غير قادر مؤقتاً على حمل الدواء أو تناوله بنفسه.
- أقر/ أؤكد بموجبه بأنني تشاورت مع مقدم الرعاية الطبية لطفلي وأنتني أصرح لمكتب الصحة المدرسية (OSH) بإعطاء الدواء المخزون في حالة عدم توفر دواء الربو أو إبينفرين الموصوف لطفلي.

ملحوظة: إذا قررت استخدام الدواء المخزون، يجب عليك إرسال عقار إبينفرين (epinephrine) الخاص بطفلك، وجهاز الاستنشاق للربو والأدوية الأخرى المسموح له بتناولها ذاتياً مع طفلك في يوم الرحلة المدرسية و/ أو برامج ما بعد الدوام المدرسي ليكون متوفراً معه. تستخدم الأدوية المخزونة فقط من قبل موظفي مكتب الصحة المدرسية (OSH) في المدرسة فقط.

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

### For Office of School Health (OSH) Use Only / لاستخدام مكتب الصحة المدرسية (OSH) فقط

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 <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			

\*لا يجوز إرسال المعلومات السرية بواسطة البريد الإلكتروني