

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>1. Diagnosis: _____ ICD-10 Code <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Medication: _____ <small>Generic and/or Brand Name</small></p> <p>Preparation/Concentration: _____</p> <p>Dose: _____ Route: _____</p> <p>Select the most appropriate option for this student:</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>In School Instructions</p> <p><input type="checkbox"/> Standing daily dose: at ___:___ AM / PM and ___:___ AM / PM</p> <p style="text-align: center;">AND/OR</p> <p><input type="checkbox"/> PRN</p> <p style="text-align: center;"><small>specify signs, symptoms, or situations</small></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>Conditions under which medication should not be given:</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 **PARENT MUST INITIAL REVERSE</p>

<p>2. Diagnosis: _____ ICD-10 Code <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Medication: _____ <small>Generic and/or Brand Name</small></p> <p>Preparation/Concentration: _____</p> <p>Dose: _____ Route: _____</p> <p>Select the most appropriate option for this student:</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>In School Instructions</p> <p><input type="checkbox"/> Standing daily dose: at ___:___ AM / PM and ___:___ AM / PM</p> <p style="text-align: center;">AND/OR</p> <p><input type="checkbox"/> PRN</p> <p style="text-align: center;"><small>specify signs, symptoms, or situations</small></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>Conditions under which medication should not be given:</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 **PARENT MUST INITIAL REVERSE</p>

<p>3. Diagnosis: _____ ICD-10 Code <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Medication: _____ <small>Generic and/or Brand Name</small></p> <p>Preparation/Concentration: _____</p> <p>Dose: _____ Route: _____</p> <p>Select the most appropriate option for this student:</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>In School Instructions</p> <p><input type="checkbox"/> Standing daily dose: at ___:___ am / pm and ___:___ AM / PM</p> <p style="text-align: center;">AND/OR</p> <p><input type="checkbox"/> PRN</p> <p style="text-align: center;"><small>specify signs, symptoms, or situations</small></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>Conditions under which medication should not be given:</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 **PARENT MUST INITIAL REVERSE</p>

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 (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

میں بذریعہ ہذا اپنے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور معالج کی منسلکہ ہدایات کے مطابق، دوا رکھنے اور دینے اور اس کے ساتھ ساتھ دوا کو دینے کے لیے ضروری آلات کو رکھنے اور استعمال کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں جانتا ہوں کہ میرے لیے اسکول کو دوا دینے کے لیے دوائی اور ضروری آلات، بشمول نان وینٹولین انہیلر (non-Ventolin inhaler) فراہم کرنا لازمی ہے۔ دوائیاں فارمیسی سے مناسب لیبل والے اصل ڈبے میں (اسکول کے باہر استعمال کے لئے مجھے اپنے بچے کے لیے ایسا دوسرا ڈبہ حاصل کرنا چاہیے) فراہم کرنی چاہییں؛ مجوزہ دوا کے لیبل پر طالب علم کا نام، فارمیسی کا نام اور ٹیلیفون نمبر، لائسنس شدہ نسخہ ساز کا نام، دوبارہ بھرنے (refill) کی تاریخ اور تعداد، دوا کا نام، خوراک، استعمال کی کثرت یا تعداد، دوا دینے کا طریقہ اور / یا دیگر ہدایات ہونی چاہییں؛ عام خریدی ہوئی دوا اور دوا کا نمونہ دوا ساز کے اصل ڈبے یا شیشی میں ہونے چاہییں اور اس ڈبے پر طالب علم کا نام چسپاں ہونا چاہئے۔ میں جانتا ہوں کہ فراہم کردہ تمام دوائیوں کی فراہمی کو اس دوائی کے اصل اور بند ڈبے میں ہونا چاہیے۔ میں مزید جانتا ہوں کہ مجھے مذکورہ بالا نسخہ یا ہدایات میں کسی بھی تبدیلی کے بارے میں اسکول نرس کو فوراً اطلاع دینا ضروری ہے۔

مجھے معلوم ہے کہ کسی بھی طالب علم کو ممنوعہ اشیاء رکھنے یا خود سے استعمال کرنے کی اجازت نہیں دی جائے گی۔

میں جانتا ہوں کہ یہ اجازت صرف نیویارک شہر محکمہ تعلیم ("DOE") کے کفالت کردہ موسم گرما کے تدریسی پروگرام کے دورانیے کے دوران یا اس وقت تک مستند ہے جب تک کہ میں دوا کے استعمال کے متعلق اپنے بچے کے معالج کے ذریعہ جاری کردہ نئی ہدایات اسکول نرس کو نہ پہنچا دوں (جو بھی پہلے واقع ہو)۔ دوا کا یہ MAF جمع کر کے میں یہ گزارش کر رہا ہوں کہ اسکول کا دفتر صحت ("OSH") کے ذریعے DOE اور نیویارک شہر محکمہ صحت اور دماغی صحت ("DOHMH") میرے بچے کو مخصوص صحتی خدمات فراہم کرے۔ میں جانتا ہوں کہ ان خدمات میں اسکول کا دفتر صحت کے طبی نگہداشت کے پیشہ ور کے ذریعے کلینکل تشخیص اور ایک جسمانی معائنہ شامل ہو سکتا ہے۔ اس MAF میں اوپر درخواست کردہ طبی خدمت (خدمات) کے اہتمام کے متعلق تفصیلی اور مکمل معلومات اور ہدایات شامل ہیں۔ میں جانتا ہوں کہ مذکورہ بالا درخواست کردہ طبی خدمت (خدمات) کے اہتمام کے لیے OSH اور اسکول کے ایجنٹس، اور ملازمین اس فارم میں فراہم کی گئی معلومات اور ہدایات کی درستگی پر انحصار کر رہے ہیں۔ میں یہ سمجھتا ہوں کہ یہ فارم مطلوبہ خدمات فراہم کرنے کے لئے محکمہ اور DOHMH کا معاہدہ نہیں ہے بلکہ یہ ایسی خدمات کے لئے میری گزارش، اجازت اور اختیار نامہ ہے۔ اگر یہ تعین کیا جاتا ہے کہ یہ خدمات ضروری ہیں تو ہو سکتا ہے کہ طالب علم کی سہولیات کا ایک منصوبہ بھی درکار ہو اور اس کو اسکول کے ذریعے مکمل کیا جائے گا۔ میں جانتا ہوں کہ محکمہ صحت اور دماغی صحت (DOHMH) اور، اسکول ملازمین اور ایجنٹس، اور اسکول ملازمین میرے بچے کو طبی یا صحت کی خدمات فراہم کرنے والے کسی بھی منتظم، طبی نگہداشت پیشہ ور اور / یا دوا فروش سے میرے بچے کی طبی کیفیت، دوا اور / یا علاج کے متعلق رابطہ اور مشورہ کر سکتے ہیں اور اس کے متعلق ایسی مزید معلومات حاصل کر سکتے ہیں جو ان کو مناسب لگیں۔

خود سے دوا لینا:

ایپینفرین ((epinephrine)، دماغ سے آرام کے لئے دستی آلہ (انہیلر) اور منظور شدہ خود لینے والی دیگر دواؤں کے استعمال کے لئے اس پیرے پر اپنے نام کے حروف کو تحریر کریں :

میں بذریعہ ہذا یہ تصدیق کرتا ہوں کہ میرے بچے کو اوپر تجویز کی گئی دوا خود سے لینے کی مکمل ہدایت دے دی گئی ہے اور وہ اس مجوزہ دوائی کو بخوبی لینے کے قابل ہے۔ میں اپنے بچے کو مزید اجازت دیتا ہوں کہ یہ مذکورہ تجویز کی گئی دوا کو اپنے ساتھ اسکول لے جا سکتا ہے، اسے اپنے پاس رکھ سکتا ہے اور خود سے لے سکتا ہے۔ میں اعتراف کرتا ہوں کہ میں اپنے بچے کو مذکورہ بیان کے مطابق لیبل لگے ہوئے ڈبے میں ایسی دوا فراہم کرنے، میرے بچے کے ذریعہ اس دوا کے استعمال کی کسی بھی طرح کی اور مکمل نگرانی کرنے، اور میرے بچے پر ایسی دوا کے اسکول میں استعمال کے کسی بھی طرح کے اور تمام نتائج کے لئے ذمہ دار ہوں۔ میں جانتا ہوں اسکول کی نرس میرے بچے کی ذمہ دارانہ انداز میں دوا کو اپنے پاس رکھنے اور اس کو لینے کی اہلیت کی تصدیق کرے گی۔ اس کے علاوہ، ایسی صورت میں کہ کبھی میرے بچے کے پاس خود سے لینے کے لئے کافی دوا نہ ہو، تو اس غرض سے میڈیکل روم میں رکھنے کے لئے واضح لیبل والی بوتل میں دوا کی "اضافی مقدار" فراہم کرنے کے لئے میں راضی ہوں۔

نام کے ابتدائی حروف

میں میرے بچے کے دوا کا ذخیرہ کرنے یا اس کو خود سے لینے کے لیے عارضی طور پر قابل نہ ہونے کی صورت میں اسکول کی نرس کو ایسی دوائی کا ذخیرہ کرنے اور / یا میرے بچے کو دینے کی اجازت دیتا ہوں۔

نام کے ابتدائی حروف

یہاں دستخط کریں

طالب علم کا آخری نام	پہلا نام	درمیانہ	تاریخ پیدائش
والدین / سرپرست کا نام جلی حروف میں		والدین / سرپرست کے دستخط	
والدین / سرپرست کا پتہ		دستخط کی تاریخ	
ٹیلیفون نمبرز	دن کا	گھر	سیل فون
والدین / سرپرست کا ای میل پتہ			
بنگامی صورت میں متبادل رابطہ فرد کا نام		رابطے کا ٹیلیفون نمبر	

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	