

MEDICATION ADMINISTRATION FORM - OFFICE OF SCHOOL HEALTH
THIS FORM SHOULD BE USED FOR NON-ALLERGY / NON-ASTHMA MEDICATIONS ONLY
 Authorization for Administration of Medication to Students for School Year 2016-2017

Student Last Name	First Name	MI	Date of birth ___/___/_____	School
-------------------	------------	----	-----------------------------	--------

والدین / سرپرست کی رضامندی

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 سمجھتا 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 دواخانہ (فارمیسی) سے مناسب لیبل والے اصل ڈبے میں (اسکول کے باہر استعمال کے لئے مجھے اپنے بچے کے لیے ایسا دوسرا ڈبہ حاصل کرنا چاہئے) فراہم کرنی چاہئے؛ مجوزہ دوا کے لیبل پر طالب علم کا نام، فارمیسی کا نام اور ٹیلیفون نمبر، لائسنس شدہ تجویز کار 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 چاہئے؛ عام خریدی ہوئی دوا اور دوا کا نمونہ دوا ساز کے اصل ڈبے یا شیشی میں ہونے چاہئیں 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 چاہئے۔ 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 اشیا 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 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 انکے 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، اسکے ملازمین اور ایجنٹس، اور اسکے 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، دمے 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 کروں گا، میرے بچے کے ذریعہ اس دوا کے استعمال کی کسی بھی طرح کی اور مکمل نگرانی کروں گا، اور میں 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 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۔

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۔

میں بذریعہ ہذا یہ تصدیق کرتا ہوں کہ میں نے اپنے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور کے ساتھ مشورہ کیا ہے اور یہ کہ میں اسکول کے دفتر صحت کو وینٹولین (Ventolin) دوا کے ذخیرہ سے میرے بچے کو دوا دینے کی اجازت دیتا ہوں، اس صورتحال میں کہ میرے بچے کی دمہ کی مجوزہ دوا موجود نہ ہو۔

والدین / سرپرست کے دستخط	والدین / سرپرست کا نام جلی حروف میں
دستخط کی تاریخ ___/___/_____	والدین / سرپرست کا پتہ
ٹیلیفون نمبر: دن (____) _____ گھر (____) _____ سیل فون* (____) _____ - _____	
بنگامی صورت میں متبادل رابطہ فرد کا نام	رابطے کا ٹیلیفون نمبر (____) _____ - _____
DO NOT WRITE BELOW – FOR DOE AND OSH ONLY ذیل میں تحریر نہ کریں - صرف DOE کے استعمال کے لیے	
Reviewed by: Name _____ Date ___/___/_____	Received 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 ___/___/_____

MEDICATION ADMINISTRATION FORM - OFFICE OF SCHOOL HEALTH
THIS FORM SHOULD BE USED FOR NON-ALLERGY / NON-ASTHMA MEDICATIONS ONLY
 Authorization for Administration of Medication to Students for School Year **2016-2017**

ATTACH STUDENT PHOTO HERE

Student Last Name	First Name	Middle	Date of birth	<input type="checkbox"/> Male
			MM / DD / YYYY	<input type="checkbox"/> Female
Guardian's e-mail address			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

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

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

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

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) ____-____-____	Medicaid No ____-____-____	NPI No. ____-____-____	Date ____/____/____	

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS