

ALLERGIES/ANAPHYLAXIS MEDICATION ADMINISTRATION FORM

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	Weight (kg)	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
				MM / DD / YYYY	____ . ____	
	School (include name, number, address and borough)			OSIS #	DOE District	Grade

The following section to be completed by Student's **HEALTH CARE PRACTITIONER**

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 (<i>If yes, student has an increased risk for a severe reaction</i>)	<input type="checkbox"/> No
History of anaphylaxis?	<input type="checkbox"/> Yes Date ____/____/____	<input type="checkbox"/> No
If yes, symptoms	<input type="checkbox"/> Respiratory <input type="checkbox"/> Skin <input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Neurologic	Does this student have the ability to:
Treatment	Date ____/____/____	Self-Manage <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
History of skin testing?	<input type="checkbox"/> Yes (attach copy of results) Date ____/____/____	Recognize signs of allergic reactions <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		Recognize/avoid allergens independently <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		Comments:

Select In School Medications

In School Instructions

1. ONLY SINGLE DOSE AUTO-INJECTORS SELECT BELOW

- Epinephrine Auto-Injector 0.15 mg
- Epinephrine Auto-Injector 0.3 mg
- Give antihistamine in addition to epinephrine (**must order antihistamine below**)

Select the most appropriate option for this student:

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

PRN (check all that apply):

- Itching
- Hives
- Swelling
- Redness
- Shortness of Breath
- Tightness / Closure
- Hoarseness
- Wheezing
- Vomiting / Diarrhea
- Weak Pulse
- Pallor / Cyanosis
- Dizziness / Fainting

Specify signs, symptoms, or situations:

- Administer Intramuscularly into anterolateral aspect of thigh
- **Call 911 immediately**

If no improvement, repeat in ____ minutes for a maximum of ____ times (not to exceed a total of 3 doses).

Practitioner's initials

I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events ****PARENT MUST INITIAL REVERSE**

2. ORAL MEDICATION: Diphenhydramine

Preparation/Concentration: _____ Route _____

Select the most appropriate option for this student:

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

PRN (check all that apply):

- Itchy / Runny Nose
- Sneezing
- Itchy Mouth
- Mildly Itchy Skin
- Few Hives
- Mild Nausea / Discomfort

Specify signs, symptoms, or situations:

Dose: _____ 4 hours or 6 hours as needed (specify)

If no improvement, indicate instructions:

Practitioner's initials

I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events ****PARENT MUST INITIAL REVERSE**

3. ORAL MEDICATION: _____

Preparation/Concentration: _____ Route _____

Select the most appropriate option for this student:

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

PRN Specify signs, symptoms, or situations:

Dose: _____ Time interval: ____ (specify min or hours)

Conditions under which medication should not be given:

If no improvement, indicate instructions:

Practitioner's initials

I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events ****PARENT MUST INITIAL REVERSE**

HOME Medications (include over-the counter)

For Office of School Health (OSH) Use Only

Revisions per OSH after consultation with prescribing practitioner. IEP

Health Care Practitioner (Please Print)	LAST NAME	FIRST NAME	Signature
Address		Tel. (____) ____-____	Fax. (____) ____-____
E-mail address		Cell (____) ____-____	
NYS License # (Required) _____		NPI # _____	Date ____/____/____

ALLERGIES/ANAPHYLAXIS MEDICATION ADMINISTRATION FORM
 Provider Medication Order Form—Office of School Health—School Year 2017–2018
 The Following Section to Be Completed by the Student's Parent/Guardian

আমি এতদ্বারা আমার ছেলেমেয়ের চিকিৎসকের পরামর্শ অনুযায়ী ঔষধ সংরক্ষণ ও সেবন করানোর এবং একই সাথে ঔষধ প্রয়োগের জন্য প্রয়োজনীয় যন্ত্র সংরক্ষণ ও তা ব্যবহার করে ঔষধ প্রদানের অনুমোদন দিচ্ছি। আমি জানি যে, আমাকে অবশ্যই স্কুলের কাছে ভেন্টেলিন ব্যতীত অন্যান্য ইনহেলারসহ প্রয়োজনীয় সরঞ্জামাদি ও ঔষধ পৌঁছে দিতে হবে যাতে তারা তা ব্যবহার করতে পারেন। ঔষধ ফার্মেসি থেকে যে পাত্রে সরবরাহ করা হয় (স্কুলের বাইরে আমার সন্তানের ব্যবহারের জন্য এরকম আরেকটি পাত্র আমাকে সংগ্রহ করতে হবে) তাতে যথোপযুক্ত লেবেল লাগিয়ে দিতে হবে; ব্যবস্থাপত্রে প্রদত্ত ঔষধের লেবেল-এ অবশ্যই শিক্ষার্থীর নাম এবং ফার্মেসির ফোন নম্বর, লাইসেন্সধারী ব্যবস্থাপত্র প্রদানকারীর নাম, তারিখ ও রিফিল সংখ্যা, ঔষধের নাম, ডোজ, কতো ঘন ঘন ঔষধ প্রদান করতে হবে, কিভাবে ঔষধ প্রয়োগ করতে হবে এবং/অথবা অন্যান্য নির্দেশনা; কাউন্টার থেকে ব্যবস্থাপত্র ছাড়া কেনা ঔষধ ও ড্রাগের নমুনা অবশ্যই প্রস্তুতকারকের মূল পাত্রে থাকতে হবে যাতে শিক্ষার্থীর নাম উল্লেখ থাকবে। **আমি জানি যে সরবরাহকৃত সকল ঔষধের আসল এবং উন্মুক্ত নয় এমন বাক্সে সরবরাহ করতে হবে।** আমি আরও জানি যে, ব্যবস্থাপত্রে বা উপরে বর্ণিত নির্দেশনায় কোনো পরিবর্তন হলে আমাকে অবশ্যই সাথে সাথে স্কুল নার্সকে) জানাতে হবে।

আমি জানি যে কোনো শিক্ষার্থীকেই নিয়ন্ত্রিত ঔষধ বহন করতে বা নিজে নিজে সেবন করতে দেওয়া হবে না।

আমি জানি যে, এই সম্মতি শুধুমাত্র নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব অ্যাডুকেশন (“DOE”) কর্তৃক আয়োজিত গ্রীষ্মকালীন শিক্ষা কর্মসূচির সেশনের শেষ সময় পর্যন্ত; অথবা সেই সময়ের জন্য বৈধ যখন আমি স্কুল নার্সের কাছে আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী কর্তৃক ইস্যুকৃত নতুন স্বাস্থ্য বিধান বা নির্দেশিকা সরবরাহ করব (যেটিই আগে হোক না কেন)। এই MAF জমা দিয়ে আমি অনুরোধ করছি যে, আমার সন্তানকে যেন DOE এবং নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ অ্যান্ড মেন্টাল হাইজিন (DOHMH)-এর অফিস অব স্কুল হেলথ (OSH)-এর মাধ্যমে সুনির্দিষ্ট স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদান করা হয়। আমি জানি যে, এইসব পরিষেবার মধ্যে অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে OSH স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী কর্তৃক চিকিৎসা সংক্রান্ত মূল্যায়ন এবং শারীরিক পরীক্ষা। উপরে অনুরোধকৃত স্বাস্থ্য পরিষেবা সংক্রান্ত বিধানের সম্পূর্ণ নির্দেশনা এই MAF-এ অন্তর্ভুক্ত আছে। আমি জানি যে, OSH এবং তাদের এজেন্টগণ এবং উপরে অনুরোধকৃত স্বাস্থ্য পরিষেবা সংক্রান্ত বিধানের সাথে সংশ্লিষ্ট কর্মচারীরা এই ক্ষেত্রে প্রদত্ত তথ্যের যথার্থতার উপর নির্ভর করেন।

এই ফরমটি যে অনুরোধকৃত পরিষেবা প্রদানের জন্য OSH এবং DOE এর কোনো চুক্তি নয়, বরং এটি এসব পরিষেবার জন্য আমার অনুরোধ, সম্মতি এবং অনুমোদন। যদি স্থির করা হয় যে এসব পরিষেবা আবশ্যিক, তাহলে একজন শিক্ষার্থীর আবাসন পরিকল্পনা তৈরিও প্রয়োজনীয় হতে পারে এবং তা স্কুল কর্তৃক সম্পাদিত হবে।

আমি এতদ্বারা OSH এবং DOE এবং তাদের কর্মচারী ও এজেন্টগণকে প্রয়োজন মনে করলে আমার সন্তানের শারীরিক অবস্থা, ঔষধ এবং/অথবা চিকিৎসা সংক্রান্ত বিষয়ে আমার সন্তানের চিকিৎসা বা স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী এবং/অথবা ফার্মাসিস্টদের সাথে যোগাযোগ, আলোচনা ও বাড়তি তথ্য সংগ্রহ করার অনুমোদন দিচ্ছি।

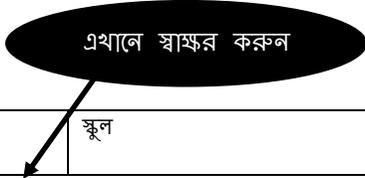
ঔষধের স্ব-পরিচালনা:

এপিনেফ্রাইন, হাঁপানি ইনহেলার এবং অন্যান্য ঔষধের একটি অনুমোদিত স্ব-পরিচালিত ব্যবহারের জন্য এই অনুচ্ছেদটি প্রাথমিক:

প্রাথমিক আমি এতদ্বারা এই মর্মে ঘোষণা দিচ্ছি যে, আমার সন্তান এই ঔষধের স্ব-পরিচালিত ব্যবহার করতে সম্পূর্ণরূপে সক্ষম এবং তাকে এটি করার পূর্ণ নির্দেশনা দেয়া হয়েছে। এছাড়াও আমি আমার সন্তানকে উপরোক্ত চিকিৎসক নির্দেশিত ঔষধ স্কুলে বহন, সংরক্ষণ এবং নিজে নিজে ব্যবহার করার অনুমোদন দিচ্ছি। আমি স্বীকার করছি যে আমি আমার সন্তানকে এ ধরনের ঔষধের পাত্রের গায়ে উপরে প্রদত্ত বর্ণনা অনুযায়ী লেবেল লাগানোর জন্য, আমার সন্তানের পৃথকভাবে প্রত্যেকটির এবং সবগুলোর ব্যবহার নজরদারি করার জন্য, একই সাথে স্কুলে পৃথকভাবে প্রত্যেকটির এবং সবগুলোর এ ধরনের ব্যবহারের ফলে সংঘটিত কোনো অবস্থার জন্য আমি নিজেই দায়বদ্ধ থাকব। আমি জানি যে স্কুল নার্স আমার সন্তানের ঔষধ বহনে সক্ষমতা আছে কিনা এবং সে স্কুলে তা দায়িত্বশীলতার সাথে স্ব-পরিচালিত করতে পারবে কিনা, তা নিশ্চিত হবেন। তদুপরি, আমার সন্তানের কাছে নিজে নিজে সেবন করার ঔষধে যাতে কখনও ঘাটতি না পড়ে, সেজন্য আমি মেডিকেল রুম রাখার জন্য একটি স্পষ্ট লেবেলযুক্ত বোতলে “মজুদ” ঔষধ দিতে সম্মতি প্রকাশ করছি।

প্রাথমিক যদি এমন কোনো পরিস্থিতির উদ্ভব হয় যেখানে আমার সন্তান এধরনের ঔষধ স্ব-প্রয়োগ বা স্ব-পরিচালিত ব্যবহার করতে সাময়িকভাবে অক্ষম তবে সেই ক্ষেত্রে আমি স্কুলের নার্স অথবা প্রশিক্ষিত স্কুল কর্মচারী দ্বারা আমার সন্তানকে এ ধরনের ঔষধ প্রয়োগ এবং/অথবা পরিচালনার সম্মতি জ্ঞাপন করছি।

আপনি যদি সংরক্ষিত ব্যবহার চান, তবে একটি স্কুল ট্রিপের দিন এবং/অথবা স্কুল কার্যক্রম শেষে আপনাকে অবশ্যই আপনার সন্তানের সাথে এপিনেফ্রাইন, হাঁপানি ইনহেলার এবং স্ব-পরিচালিত ব্যবহারের জন্য অনুমোদিত অন্যান্য ঔষধ পাঠিয়ে দিতে হবে যাতে তার জন্য এটি সহজলভ্য হয়। মজুদ এপিনেফ্রাইনকেবলমাত্র আপনার সন্তান যখন স্কুলে থাকবে থাকবে তখন ব্যবহৃত হবে।



শিক্ষার্থীর নামের শেষ অংশ	নামের প্রথম অংশ	নামের মধ্যমাংশ	জন্মতারিখ	স্কুল
পিতামাতা/অভিভাবকের নাম লিখুন			পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর	
পিতামাতা/অভিভাবকের ঠিকানা			স্বাক্ষর দেওয়ার তারিখ	
টেলিফোন নম্বরসমূহ	দিনের বেলা	বাড়ি	সেল ফোন	
পিতামাতা/অভিভাবকের ইমেইল ঠিকানা				
বিকল্প জরুরি যোগাযোগকারীর নাম			যোগাযোগের টেলিফোন নম্বর	

DO NOT WRITE BELOW – FOR OSH USE ONLY

Received by: Name	Date	Reviewed by: Name	Date
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 <input type="checkbox"/> DOE School Staff	
Signature and Title (RN OR MD/DO/NP)			