

ALLERGIES / ANAPHYLAXIS

MEDICATION ADMINISTRATION FORM - OFFICE OF SCHOOL HEALTH
Authorization for Administration of Medication to Students for School Year 2016-2017

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

পিতামাতা/অভিভাবকের সম্মতি

আমি এতদ্বারা আমি 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 ভেন্টোলিনভিন্ন ইনহেলারসহ প্রয়োজনীয় যন্ত্র 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; ব্যবস্থাপত্র 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, প্রদত্ত সকল ওষুধ মূল বাক্সে এবং অ-খোলা অবস্থায় দিতে হবে। আমি আরও জানি যে, উপরে উল্লিখিত প্রেসক্রিপশন অথবা নির্দেশনা সম্পর্কিত যেকোন পরিবর্তন আমাকে অবশ্যই অতিসম্বন্ধে নার্সকে জানাতে হবে।

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

আমি জানি যে, এই সম্মতি শুধুমাত্র নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অভ এডুকেশন ("ডিওই") কর্তৃক আয়োজিত সামার শিক্ষা কর্মসূচির সেশনের জন্য বৈধ; অথবা ঐ সময় পর্যন্ত যখন আমি স্কুল নার্সের কাছে আমার সন্তানের স্বাস্থ্য প্রযুক্ত প্রদানকারী কর্তৃক ইস্যুকৃত (যেটিই আগে হোক না কেন) নতুন শিক্ষা নির্দেশনা না প্রদান করি। এই এমএএফ জমা দিয়ে আমি অনুরোধ করছি যে, আমার সন্তানকে যেনো ডিপার্টমেন্ট এবং নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ অ্যান্ড মেন্টাল হাইজিন ("ডিওএইচএমএইচ")-এর অফিস অব স্কুল হেলথ ("ওএসএইচ")-এর মাধ্যমে সুনির্দিষ্ট স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদান করা হয়। আমি জানি যে, এইসব পরিষেবার মধ্যে অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে ওএসএইচ স্বাস্থ্য প্রযুক্ত প্রদানকারী কর্তৃক চিকিৎসা সংক্রান্ত মূল্যায়ন এবং শারীরিক পরীক্ষা। উপরে অনুরোধকৃত স্বাস্থ্যপরিষেবা সংক্রান্ত বিধানের সম্পূর্ণ নির্দেশনা এই এমএএফ-এর অন্তর্ভুক্ত আছে। আমি জানি যে, ওএসএইচ এবং তাদের এজেন্টগণ, এবং উপরে অনুরোধকৃত স্বাস্থ্যপরিষেবা সংক্রান্ত বিধানের সাথে সংশ্লিষ্ট কর্মচারীরা এই ফরম-এ প্রদত্ত তথ্যের যথার্থতার উপর নির্ভর করেন।

এই ফরমটি যে অনুরোধকৃত পরিষেবা প্রদানের জন্য ওএসএইচ এবং ডিওই-এর কোন চুক্তি নয়, বরং এটি এসব পরিষেবার জন্য আমার অনুরোধ, সম্মতি এবং অনুমোদন। যদি স্থির করা হয় যে এসব পরিষেবা আবশ্যিক, একটি স্টুডেন্ট অ্যাকোমোডেশন প্ল্যান তৈরিও (শিক্ষার্থীর জন্য পরিকল্পিত বাড়তি সুযোগ) প্রয়োজনীয় হতে পারে এবং তা স্কুল কর্তৃক সম্পাদিত হবে।

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

****নিজে দেয়া ওষুধ: অ্যাজমা ইনহেলার এবং নিজে নিজে প্রয়োগ করা যায় এমন অন্যান্য অনুমোদিত ঔষধের অনুমোদন দিতে এই প্যারাগ্রাফে নামের আদ্যাঙ্ক লিখে সহি দিন:**

_____ আমি এই মর্মে প্রত্যয়ন করছি যে আমার সন্তানকে ব্যবস্থাপত্র প্রদত্ত ঔষধ নিজে নিজে প্রয়োগ সম্পর্কে সম্পূর্ণ নির্দেশনা দেওয়া হয়েছে। এছাড়াও আমি আমার সন্তানকে উপরোক্ত চিকিত্সক নির্দেশিত ঔষধ স্কুলে বহন করা, সংরক্ষণ করা 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 কোন অবস্থার জন্য আমি নিজেই দায়বদ্ধ থাকবো। আমি জানি যে স্কুল নার্স স্কুলে আমার সন্তানের ঔষধ বহনে সক্ষমতা আছে কি না এবং সে স্কুলে তা দায়িত্বশীলতার সাথে করতে পারবে কি না, তা নিশ্চিত হবেন। তদুপরি, আমার সন্তানের কাছে নিজে নিজে সেবন করার ঔষধে যাতে কখনও ঘাটতি না পড়ে, সেজন্য আমি মেডিকেল রুমে রাখার জন্য একটি স্পষ্ট লেবেলযুক্ত বোতলে "মওজুদ" ঔষধ দিতে সম্মতি প্রকাশ করছি।

_____ আমি স্কুলের প্রিন্সিপ্যাল, দায়িত্বপ্রাপ্ত ব্যক্তি এবং স্কুল নার্সকে অনুমোদন দিচ্ছি যে, কোন কারণে যদি আমার সন্তান নিজের কাছে ঔষধ বহন করতে ও সেবন করতে ব্যর্থ হয়, তখন তারা আমার সন্তানের এ ধরনের ঔষধ সংরক্ষণ করতে এবং/অথবা সেবন করাতে পারবেন।

_____ আমি এতদ্বারা প্রত্যয়ন করছি যে, আমি আমার সন্তানের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর সাথে কথা বলেছি এবং কোন সময় যদি আমার সন্তানের ব্যবস্থাপত্র দেওয়া অ্যাজমার ঔষধ সঙ্গে না থাকে, তখন আমার সন্তানকে মওজুদ ভেন্টোলিন প্রদান করার জন্য আমি অফিস অব স্কুল হেলথকে অনুমোদন দিচ্ছি।

ALLERGIES / ANAPHYLAXIS

MEDICATION ADMINISTRATION FORM - OFFICE OF SCHOOL HEALTH
Authorization for Administration of Medication to Students for School Year 2016-2017

আপনাকে অবশ্যই আপনার সন্তানের এপাইনফ্রাইন, অ্যাজমা ইনহেলার এবং অনুমোদিত অন্য যেসব ওষুধ নিজে নিজে দেয়া যায় সেগুলি স্কুল ট্রিপ এবং/অথবা আফটার স্কুল কর্মসূচির সময় তার সাথে পার্টিয়ে দেবেন যাতে সেগুলি প্রয়োজনে তার জন্য লভ্য হয়। স্টক ভেন্টোলিন কেবলমাত্র আপনার সন্তান যখন স্কুলভবনে থাকবে তখন ব্যবহৃত হবে।

পিতামাতা/অভিভাবকের সই	পিতামাতা/অভিভাবকের নাম স্পষ্ট হরফে লিখুন
সইয়ের তারিখ ___/___/_____	পিতামাতা/অভিভাবকের ঠিকানা
ফোন নম্বর: দিনের (____) _____ - _____ বাড়ি (____) _____ - _____ সেল ফোন* (____) _____ - _____	
পিতামাতা/অভিভাবকের ইমেইল ঠিকানা*	
বিকল্প জরুরি যোগাযোগের নাম	যোগাযোগের ফোন নম্বর (____) _____ - _____
DO NOT WRITE BELOW – FOR DOE AND DOHMH 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): _____	

ALLERGIES / ANAPHYLAXIS

MEDICATION ADMINISTRATION FORM - OFFICE OF SCHOOL HEALTH
 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	Weight (kg)	<input type="checkbox"/> Male
				MM / DD / YYYY	____ . ____	<input type="checkbox"/> Female
	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 (If yes, student has an increased risk for a severe reaction)	<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
<p>1. ONLY SINGLE DOSE AUTO-INJECTORS SELECT BELOW</p> <input type="checkbox"/> Epinephrine Auto-Injector 0.15 mg <input type="checkbox"/> Epinephrine Auto-Injector 0.3 mg <input type="checkbox"/> Give antihistamine in addition to epinephrine (must order antihistamine below) <p>Select the most appropriate option for this student:</p> <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 ** <p><input type="checkbox"/> I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events _____ <small style="margin-left: 250px;">practitioner's initials</small></p> <p>**PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE</p>	<p>PRN (check all that apply):</p> <input type="checkbox"/> Itching <input type="checkbox"/> Shortness of Breath <input type="checkbox"/> Vomiting / Diarrhea <input type="checkbox"/> Hives <input type="checkbox"/> Tightness / Closure <input type="checkbox"/> Weak Pulse <input type="checkbox"/> Swelling <input type="checkbox"/> Hoarseness <input type="checkbox"/> Pallor / Cyanosis <input type="checkbox"/> Redness <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Dizziness / Fainting <p>Specify signs, symptoms, or situations:</p> <p style="margin-left: 40px;">➤ Administer Intramuscularly into anterolateral aspect of thigh ➤ Call 911 immediately</p> <p>If no improvement, repeat in ___ minutes for a maximum of ___ times (not to exceed a total of 3 doses).</p>

<p>2. ORAL MEDICATION: <input type="checkbox"/> Diphenhydramine</p> <p>Preparation/Concentration: _____ Route _____</p> <p>Select the most appropriate option for this student:</p> <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 ** <p><input type="checkbox"/> I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events _____ <small style="margin-left: 250px;">practitioner's initials</small></p> <p>**PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE</p>	<p>PRN (check all that apply):</p> <input type="checkbox"/> Itchy / Runny Nose <input type="checkbox"/> Itchy Mouth <input type="checkbox"/> Few Hives <input type="checkbox"/> Sneezing <input type="checkbox"/> Mildly Itchy Skin <input type="checkbox"/> Mild Nausea / Discomfort <p>Specify signs, symptoms, or situations:</p> <p>Dose: _____ q <input type="checkbox"/> 4 hours or <input type="checkbox"/> 6 hours as needed (specify)</p> <p>If no improvement, indicate instructions:</p>
---	--

<p>3. ORAL MEDICATION: _____</p> <p>Preparation/Concentration: _____ Route _____</p> <p>Select the most appropriate option for this student:</p> <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 ** <p><input type="checkbox"/> I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events _____ <small style="margin-left: 250px;">practitioner's initials</small></p> <p>**PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE</p>	<p>PRN Specify signs, symptoms, or situations:</p> <p>Dose: _____ Time interval: q ___ (specify min or hours)</p> <p><u>Conditions under which medication should not be given:</u></p> <p>If no improvement, indicate instructions:</p>
--	--

HOME Medications (include over-the counter)	For Office of School Health (OSH) Use Only
	Revisions per OSH after consultation with prescribing practitioner. <input type="checkbox"/> IEP

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

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS