

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

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS

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

СОГЛАСИЕ/РАЗРЕШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ/ОПЕКУНОВ

Настоящим я разрешаю хранить и выдавать лекарственный препарат, а также хранить и применять необходимые средства для его введения в соответствии с инструкциями лечащего врача ребенка. Я понимаю, что мне требуется обеспечить школу лекарственным препаратом и необходимыми средствами для его введения, в том числе персональными ингаляторами. Препарат должен быть в оригинальной аптечной упаковке с этикеткой (вторая упаковка предоставляется для использования вне школы). Этикетка рецептурного препарата должна содержать имя и фамилию учащегося, название и телефон аптеки, имя и фамилию выписавшего препарат врача, дату и число повторных заказов, название препарата, дозу, периодичность приема, способ применения и/или другие инструкции. Препараты, отпускаемые без рецепта, и бесплатные образцы лекарств должны быть в оригинальной фабричной упаковке с указанием на ней имени и фамилии ребенка. Я понимаю, что лекарственный препарат должен быть в оригинальной и НЕРАСПЕЧАТАННОЙ упаковке. Я также понимаю, что обязан/а незамедлительно уведомлять школьную медсестру обо всех изменениях вышеперечисленных предписаний и инструкций.

Мне известно, что учащимся не разрешается иметь при себе или самостоятельно принимать контролируемые вещества.

Я понимаю, что данный запрос на выдачу лекарственных средств (MAF) действителен до конца летней учебной программы Департамента образования (DOE) или до момента представления мной школьной медсестре новых инструкций от врача ребенка (в зависимости от того, что наступит ранее). Подавая настоящий запрос, я прошу DOE и Департамент здравоохранения г. Нью-Йорка (DOHMH) об обеспечении ребенку конкретных медицинских услуг через отдел школьного здравоохранения (OSH). Мне известно, что эти услуги могут включать клиническую оценку и медицинский осмотр, проводимые врачом OSH. Настоящий запрос содержит детальные инструкции по предоставлению указанных выше медицинских услуг. Я понимаю, что OSH, их представители и сотрудники, причастные к оказанию вышеуказанных медицинских услуг, полагаются на достоверность приведенной мной информации.

Я понимаю, что по истечении срока действия MAF, медицинский сотрудник OSH может провести осмотр ребенка с целью оценки симптомов астмы и эффективности назначенного препарата и выдать новый запрос MAF. Если врач OSH установит, что изменения MAF не требуется, он может выдать новый MAF с теми же инструкциями со сроком действия один год или до представления лечащим врачом ребенка нового запроса MAF. Если на основании осмотра и истории болезни ребенка врач OSH установит необходимость внесения изменения, он может выдать новый MAF с другими инструкциями со сроком действия один год или до представления лечащим врачом ребенка нового запроса MAF. Я и указанный в документах лечащий врач ребенка будем уведомлены о выдаче нового MAF и любых изменениях в MAF. Я также понимаю, что в срок до 30 дней до истечения действия данного запроса я имею право подать новый MAF или представить школьной медсестре письменное возражение против осмотра. В случае неподачи до указанного срока нового MAF или письменного отказа от осмотра ребенка врачом OSH, ребенок может подлежать осмотру с последующей выдачей нового MAF.

Я знаю, что данная форма не является договором с OSH и DOE об оказании запрашиваемых услуг, а представляет собой мой запрос, согласие и разрешение на эти услуги. При установлении необходимости этих услуг учащемуся может потребоваться план адаптации (Student Accommodation Plan), который будет составлен школой.

Я понимаю, что настоящим я разрешаю OSH, DOE, их сотрудникам и представителям обращаться за консультациями и необходимой им дополнительной информацией о состоянии здоровья ребенка, его лекарствах и/или процедурах к любым поставщикам медицинских и/или фармацевтических услуг для ребенка.

****САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ: Проставьте ниже свои инициалы при необходимости применения ребенком автоинъектора Epi-Rep, противоастматического ингалятора и других утвержденных для самостоятельного приема лекарств:**

_____ Настоящим я подтверждаю, что мой ребенок обучен и способен самостоятельно принимать прописанное лекарство. Я также разрешаю ребенку иметь при себе, хранить и самостоятельно принимать его в школе. Мне известно, что я несу ответственность за обеспечение ребенка этим препаратом в упаковках с надлежащими этикетками, за полный и всесторонний контроль его использования ребенком, а также за все без исключения последствия приема этого препарата в школе. Я понимаю, что школьная медсестра удостоверяет способность ребенка иметь при себе и самостоятельно и ответственно принимать препарат. Я также согласен(сна) предоставить запасную порцию препарата в упаковке с разборчиво надписанной этикеткой для хранения в медицинском кабинете на случай нехватки у ребенка препарата для самостоятельного приема.

_____ Я разрешаю школьной медсестре хранить и обеспечивать прием препарата ребенком в случае временной утраты им способности хранить и принимать лекарство самостоятельно.

_____ Настоящим я подтверждаю, что по согласовании с лечащим врачом ребенка я разрешаю отделу школьного здравоохранения применять имеющиеся в школе противоастматические средства за неимением в школе прописанного ребенку препарата.

В дни школьных экскурсий вы должны обеспечить ребенка персональным ингалятором-дозатором (MDI) для использования в случае необходимости. Имеющиеся в школе противоастматические средства выдаются ребенку только для применения в школе.

Подпись родителя/опекуна	Имя и фамилия родителя/опекуна (печатными буквами)
Дата подписания ___/___/_____	Адрес родителя/опекуна
Телефоны: Дневной (____) _____ - _____ Домашний (____) _____ - _____ Мобильный* (____) _____ - _____	
E-mail родителя/опекуна:	
Другое контактное лицо для срочной связи	Телефон контактного лица (____) _____ - _____
ДЛЯ СЛУЖЕБНЫХ ОТМЕТОК - НЕ ПИШИТЕ НИЖЕ (DO NOT WRITE BELOW - FOR OFFICE OF SCHOOL HEALTH (OSH) USE ONLY)	
Received by: Name _____ Date ___/___/_____	Received by: Name _____ Date ___/___/_____
Self-Administers/Self-Carries: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Self-Administers/Self-Carries: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Signature and Title (RN OR MD/DO/NP):	

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 <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
<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