

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

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	Does this student have the ability to:	
History of anaphylaxis? <input type="checkbox"/> Yes Date ___/___/___ <input type="checkbox"/> No	Self-Manage <input type="checkbox"/> Yes <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	Recognize signs of allergic reactions <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Treatment _____ Date ___/___/___	Recognize/avoid allergens independently <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
History of skin testing? <input type="checkbox"/> Yes (attach copy of results) Date ___/___/___ <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
- Shortness of Breath
- Vomiting / Diarrhea
- Hives
- Tightness / Closure
- Weak Pulse
- Swelling
- Hoarseness
- Pallor / Cyanosis
- Redness
- Wheezing
- 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
- Itchy Mouth
- Few Hives
- Sneezing
- Mildly Itchy Skin
- 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. <input type="checkbox"/> 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

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 т. ч. ингаляторами, включая невинтолиновые. 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 запрещается иметь при себе или самостоятельно принимать контролируемые вещества.

Я понимаю, что данное разрешение действительно до конца летней учебной программы Департамента образования (DOE) или до момента представления мной школьной медсестре нового рецепта или инструкций от врача ребенка (в зависимости от того, что наступит ранее). Подавая настоящий запрос MAF, 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 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 приема ребенком эпинефрина, применения противоастматического ингалятора и других утвержденных для самостоятельного приема лекарств:

инициалы	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.
----------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

инициалы	Я разрешаю школьной медсестре или прошедшим подготовку сотрудникам школы хранить и/или обеспечивать прием препарата ребенком в случае временной утраты им способности хранить и принимать лекарство самостоятельно.
----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

В дни школьных экскурсий и/или послешкольных программ вы должны обеспечить ребенка эпинефрином, противоастматическим ингалятором и другими утвержденными для самостоятельного приема лекарствами для использования в случае необходимости. Имеющийся в школе эпинефрин выдается ребенку только для применения в школе.



Фамилия учащегося	Имя	Инициал ср. имени	Дата рождения	Школа
Имя и фамилия родителя/опекуна (печатными буквами)			Подпись родителя/опекуна	
Адрес родителя/опекуна:			Дата	
Телефоны:	Дневной	Домашний	Мобильный	
Имейл родителя/опекуна				
Другое контактное лицо для срочной связи:			Телефон контактного лица	

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)			