

# 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<br><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**

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

|  |   |
|--|---|
| <b>Select In School Medications</b>  | <b>In School Instructions</b>   |
| <p><b>1. ONLY SINGLE DOSE AUTO-INJECTORS</b> SELECT BELOW</p> <input type="checkbox"/> Epinephrine Auto-Injector 0.15 mg<br><input type="checkbox"/> Epinephrine Auto-Injector 0.3 mg<br><input type="checkbox"/> Give antihistamine in addition to epinephrine ( <b>must order antihistamine below</b> ) <p><b>Select the most appropriate option for this student:</b></p> <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse or trained school personnel must administer<br><input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision<br><input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry/self-administer ** | <p><b>PRN (check all that apply):</b></p> <input type="checkbox"/> Itching <input type="checkbox"/> Shortness of Breath <input type="checkbox"/> Vomiting / Diarrhea<br><input type="checkbox"/> Hives <input type="checkbox"/> Tightness / Closure <input type="checkbox"/> Weak Pulse<br><input type="checkbox"/> Swelling <input type="checkbox"/> Hoarseness <input type="checkbox"/> Pallor / Cyanosis<br><input type="checkbox"/> Redness <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Dizziness / Fainting <p><b>Specify signs, symptoms, or situations:</b></p> <p>➤ Administer Intramuscularly into anterolateral aspect of thigh<br/>         ➤ <b>Call 911 immediately</b></p> <p>If <b>no</b> improvement, repeat in ___ minutes for a maximum of ___ times (not to exceed a total of 3 doses).</p> |
| Practitioner's initials _____<br>I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events <b>**PARENT MUST INITIAL REVERSE</b>  |   |

|  |   |
|--|---|
| <p><b>2. ORAL MEDICATION:</b> <input type="checkbox"/> Diphenhydramine</p> Preparation/Concentration: _____ Route _____ <p><b>Select the most appropriate option for this student:</b></p> <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer<br><input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision<br><input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry/self-administer ** | <p><b>PRN (check all that apply):</b></p> <input type="checkbox"/> Itchy / Runny Nose <input type="checkbox"/> Itchy Mouth <input type="checkbox"/> Few Hives<br><input type="checkbox"/> Sneezing <input type="checkbox"/> Mildly Itchy Skin <input type="checkbox"/> Mild Nausea / Discomfort <p><b>Specify signs, symptoms, or situations:</b></p> <p>Dose: _____ <input type="checkbox"/> 4 hours or <input type="checkbox"/> 6 hours as needed (specify)</p> <p>If <b>no</b> improvement, indicate instructions:</p> |
| Practitioner's initials _____<br>I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events <b>**PARENT MUST INITIAL REVERSE</b>  |   |

|   |  |
|---|--|
| <p><b>3. ORAL MEDICATION:</b> _____</p> Preparation/Concentration: _____ Route _____ <p><b>Select the most appropriate option for this student:</b></p> <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer<br><input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision<br><input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry/self-administer ** | <p><b>PRN Specify signs, symptoms, or situations:</b></p> <p>Dose: _____ Time interval: ___ (specify min or hours)</p> <p>Conditions under which medication should not be given:</p> <p>If <b>no</b> improvement, indicate instructions:</p> |
| Practitioner's initials _____<br>I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events <b>**PARENT MUST INITIAL REVERSE</b>   |  |

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

|  |           |                       |                       |
|--|-----------|-----------------------|-----------------------|
| <b>Health Care Practitioner</b> (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

أقر بموجبه بموافقتي على تخزين الدواء وإعطائه، بالإضافة إلى تخزين الأدوات الضرورية لإعطاء الدواء واستخدامها بالتوافق مع إرشادات طبيب طفلي. أنا أدرك أنه يتعين علي تزويد المدرسة بالدواء والأدوات اللازمة لإعطائه، بما في ذلك أجهزة الاستنشاق التي لا تستخدم دواء (Ventolin). يجب إحضار الدواء في عبوات أصلية عليها ملصق من الصيدلية (ويتعين علي الحصول على عبوات أخرى مماثلة لاستخدام طفلي خارج المدرسة)؛ ويجب أن يتضمن الملصق على الدواء الموصوف اسم التلميذ(ة)، اسم ورقم هاتف الصيدلية، اسم الطبيب المرخص الذي وصف الدواء، تاريخ وعدد مرات إعادة التعبئة، اسم الدواء، الجرعات، عدد مرات تناول، طريقة تناول و/ أو إرشادات أخرى؛ يجب أن تكون الأدوية المبيعة من دون وصفة طبية ونماذج الأدوية معبأة في عبوات أصلية للمنتج، مع اسم التلميذ مثبت على العبوة. **أعلم أنه يجب أن تكون جميع الأدوية المحضرة معبأة في عبوات أصلية غير مفتوحة.** وأدرك جيداً أنه يتعين علي إبلاغ ممرض(ة) المدرسة بأي تغييرات تطرأ على الوصفة أو على التعليمات المذكورة أعلاه.

أدرك أنه لا يسمح لأي تلميذ(ة) أن يقوم بإحضار أدوية يتوجب ضبط استخدامها، أو أن تناولها بنفسه.

وأدرك بأن استمارة تقديم الدواء (MAF) هذه صالحة فقط لحين انتهاء دورة برنامج التعليم الصيفي برعاية إدارة التعليم بمدينة نيويورك؛ أو عندما أسلم لممرض المدرسة تعليمات جديدة صادرة عن طبيب طفلي (أيهما أسبق). إنني أطلب من خلال تقديم هذه الاستمارة (MAF)، أن يتم تزويد طفلي بخدمات صحية محددة من قبل إدارة التعليم (DOE) وإدارة الصحة العامة والصحة العقلية لمدينة نيويورك ("DOHMH") عن طريق مكتب الصحة المدرسية ("OSH"). وأنا أدرك أن هذه الخدمات قد تتضمن تقييماً كإينيكيماً وفحصاً بدنياً من طرف مقدم الرعاية الصحية بمكتب الصحة المدرسية (OSH). لقد تم تضمين إرشادات تامة وكاملة حول تقديم الخدمات الصحية المطلوبة أعلاه في استمارة إعطاء الدواء (MAF) هذه. أدرك أن مكتب الصحة المدرسية (OSH) ووكلائه، وموظفيه المشاركين في تقديم الخدمات الصحية المطلوبة أعلاه يعتمدون على دقة المعلومات المقدمة في هذه الاستمارة.

إنني أدرك أن هذه الاستمارة ليست موافقة من مكتب الصحة المدرسية (OSH) وإدارة التعليم (DOE) على تقديم الخدمات المطلوبة، ولكنها في الواقع، طلب وموافقة وتصريح مني للحصول على هذه الخدمات. إذا تم اتخاذ القرار بأن هذه الخدمات ضرورية، فقد تكون خطة تسهيلات التلميذ(ة) (Student Accommodation Plan) أيضاً ضرورية وسيتم إعدادها من قبل المدرسة.

إنني هنا أصرح لمكتب الصحة المدرسية (OSH) وإدارة التعليم (DOE) وموظفيهما ووكلائهما، بالاتصال والتشاور مع أي مقدّم للرعاية الصحية و/ أو الصيدلي الذي قام بإعطاء الدواء أو الخدمات الصحية لطفلي، وطلب أية معلومات إضافية قد تكون مناسبة لما يتعلق بحالة طفلي الصحية، الدواء و/ أو المعالجة.

**\*\*تناول الدواء بشكل ذاتي:**

**ضعوا الحروف الأولى من الاسم على هذه الفقرة لاستخدام عقار (epinephrine)، وأجهزة الاستنشاق للربو والأدوية الأخرى**

**المسموح بتناولها ذاتياً:**

|  |                              |
|--|------------------------------|
| أقر بموجبه بأن طفلي قد حصل على كافة الإرشادات وهو قادر على تناول الدواء الموصوف بنفسه. وأصرح بالإضافة لذلك لطفلي بحمل وتخزين الدواء المذكور أعلاه وتناوله بنفسه في المدرسة. أقر بأنني أتحمّل مسؤولية تزويد طفلي بذلك الدواء في العبوات باللصاقات كما هو موضح أعلاه، وأنني أتحمّل مسؤولية أي مراقبة وكافة أشكال المراقبة حول استخدام طفلي لهذا الدواء، كما أنني أتحمّل مسؤولية أية تبعات وكافة تبعات استخدام طفلي لهذا الدواء في المدرسة. إنني أدرك أن ممرض المدرسة سوف يؤكد مقدرة طفلي على حمل الدواء وتناوله بنفسه بشكل مسنول في المدرسة. بالإضافة لذلك، فإنني أوافق على إحضار "دواء إضافي" في عبوة عليها لصاقة تعريف واضحة لحفظها في الغرفة الطبية في حال لم يكن مع طفلي كمية كافية من الدواء لتناوله. | التوقيع<br>بالأحرف<br>الأولى |
|--|------------------------------|

|  |                              |
|--|------------------------------|
| كما أحول ممرض(ة) المدرسة أو موظف المدرسة المدرب بتخزين و/ أو إعطاء الدواء لطفلي في حال كان طفلي غير قادر على تخزين الدواء وتناوله بنفسه لفترة مؤقتة. | التوقيع<br>بالأحرف<br>الأولى |
|--|------------------------------|



إذا لم توافق على استخدام الدواء المخزون، يجب عليك إرسال عقار (epinephrine) الخاص بطفلك، وجهاز الاستنشاق للربو والأدوية الأخرى المسموح له بتناولها ذاتياً مع طفلك في يوم **الرحلة المدرسية** أو برامج ما بعد الدوام المدرسي ليكون متوفراً معه. يتم استخدام دواء (epinephrine) المخزن فقط في حال تواجد طفلكم داخل مبنى المدرسة.

|   |                               |        |                |         |
|---|-------------------------------|--------|----------------|---------|
| الاسم الأخير للتلميذ(ة)                         | الاسم الأول                   | الأوسط | تاريخ الميلاد  | المدرسة |
| اسم الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر بخط واضح            | توقيع الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر |        |                |         |
| عنوان الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر                   | تاريخ التوقيع                 |        |                |         |
| أرقام الهاتف                                    | أثناء النهار                  | المنزل | الهاتف المحمول |         |
| عنوان البريد الإلكتروني للوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر |                               |        |                |         |
| اسم شخص بديل للاتصال به في حالة الطوارئ         | رقم هاتف طرف الاتصال          |        |                |         |

**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)  |      |   |      |