

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
-------------------	------------	----	---------------------------------	--------

موافقة الوالد(ة)/ولي (ة) الأمر:

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 والأدوية 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 المباعه 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 مرضى (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 الصيغي برعاية إدارة التعليم بمدينة نيويورك؛ أو عندما أسلم لمرض المدرسة تعليمات جديدة صادرة عن طبيب طفلي (أيهما سبق). 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 أكلينيكياً 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 اعطاء 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 اتفاقاً 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، للاتصال والتشاور مع أي مقدم للرعاية الصحية و/ أو الصيدلاني 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 بأن طفلي قد حصل على كافة الارشادات 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 بالملصقات 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 مسئول في المدرسة. بالإضافة لذلك، فإنني أوافق على إحضار "دواء إضافي" في عبوة عليها ملصق تعريف واضح لحفظها في الغرفة الطبية في حال لم يكن مع طفلي كمية كافية من الدواء لتناوله.

كما أخوّل لمرض(ة) المدرسة أن يقوم بتخزين و/ أو اعطاء الدواء لطفلي في حال كان طفلي غير قادر على تخزين الدواء وتناوله بنفسه لفترة مؤقتة.

إنني أقر هنا بأنني تشاورت مع مقدم الرعاية الطبية لطفلي وأنني أصرح لمكتب الصحة المدرسية بإعطاء عقار (epinephrine) المخزّن لطفلي في حالة عدم توفر دواء الربو الموصوف الخاص به.

يجب عليك إرسال عقار (epinephrine) الخاص بطفلك، وجهاز الاستنشاق للربو والأدوية الأخرى المسموح له بتناولها ذاتياً مع طفلك في يوم الرحلة المدرسية و/ أو برنامج ما بعد الدوام المدرسي ليكون متوفراً معه. يتم استخدام دواء (epinephrine) المخزّن فقط في حال تواجد طفلكم داخل مبنى المدرسة.

توقيع الوالد(ة)/ولي (ة) الأمر	اسم الوالد(ة)/ولي (ة) الأمر بخط واضح
تاريخ التوقيع	عنوان الوالد(ة)/ولي (ة) الأمر
أرقام الهاتف:	أثناء النهار (____) - (____) - (____) البيت (____) - (____) - (____) الهاتف الخليوي* (____) - (____) - (____)
البريد الإلكتروني للوالد(ة)/ولي (ة) الأمر*	رقم هاتف طرف الاتصال (____) - (____) - (____)
يرجى عدم الكتابة أدناه - خاص باستخدام إدارة الصحة المدرسية فقط - DO NOT WRITE BELOW - FOR OFFICE OF SCHOOL HEALTH (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):	

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 (<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