

MEDICATION ADMINISTRATION FORM

THIS FORM SHOULD BE USED FOR NON-ALLERGY / NON-ASTHMA MEDICATIONS ONLY

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 _____ <small>MM DD YYYY</small>	<input type="checkbox"/> Male	
					<input type="checkbox"/> Female	
	School (include name, number, address and borough)				DOE District _____	Grade _____

The following sections to be completed by Student's **HEALTH CARE PRACTITIONER**

<p>1. Diagnosis: _____ ICD-10 Code <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Medication: _____ <small>Generic and/or Brand Name</small></p> <p>Preparation/Concentration: _____</p> <p>Dose: _____ Route: _____</p> <p>Select the most appropriate option for this student:</p> <p><input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication</p> <p><input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision</p> <p><input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry / self-administer (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES):**</p>	<p>In School Instructions</p> <p><input type="checkbox"/> Standing daily dose: at ___:___ AM / PM and ___:___ AM / PM</p> <p style="text-align: center;">AND/OR</p> <p><input type="checkbox"/> PRN</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;"><i>specify signs, symptoms, or situations</i></p> <p><input type="checkbox"/> Time interval: ___ minutes or ___ hours as needed.</p> <p><input type="checkbox"/> If no improvement, repeat in ___ minutes or ___ hours for a maximum of ___ times.</p> <p>Conditions under which medication should not be given:</p> <p>_____</p>
<p>_____ Practitioner's initials</p> <p>I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events **PARENT MUST INITIAL REVERSE</p>	

<p>2. Diagnosis: _____ ICD-10 Code <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Medication: _____ <small>Generic and/or Brand Name</small></p> <p>Preparation/Concentration: _____</p> <p>Dose: _____ Route: _____</p> <p>Select the most appropriate option for this student:</p> <p><input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication</p> <p><input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision</p> <p><input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry / self-administer (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES):**</p>	<p>In School Instructions</p> <p><input type="checkbox"/> Standing daily dose: at ___:___ AM / PM and ___:___ AM / PM</p> <p style="text-align: center;">AND/OR</p> <p><input type="checkbox"/> PRN</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;"><i>specify signs, symptoms, or situations</i></p> <p><input type="checkbox"/> Time interval: ___ minutes or ___ hours as needed.</p> <p><input type="checkbox"/> If no improvement, repeat in ___ minutes or ___ hours for a maximum of ___ times.</p> <p>Conditions under which medication should not be given:</p> <p>_____</p>
<p>_____ Practitioner's initials</p> <p>I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events **PARENT MUST INITIAL REVERSE</p>	

<p>3. Diagnosis: _____ ICD-10 Code <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Medication: _____ <small>Generic and/or Brand Name</small></p> <p>Preparation/Concentration: _____</p> <p>Dose: _____ Route: _____</p> <p>Select the most appropriate option for this student:</p> <p><input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication</p> <p><input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision</p> <p><input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry / self-administer (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES):**</p>	<p>In School Instructions</p> <p><input type="checkbox"/> Standing daily dose: at ___:___ am / pm and ___:___ AM / PM</p> <p style="text-align: center;">AND/OR</p> <p><input type="checkbox"/> PRN</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;"><i>specify signs, symptoms, or situations</i></p> <p><input type="checkbox"/> Time interval: ___ minutes or ___ hours as needed.</p> <p><input type="checkbox"/> If no improvement, repeat in ___ minutes or ___ hours for a maximum of ___ times.</p> <p>Conditions under which medication should not be given:</p> <p>_____</p>
<p>_____ Practitioner's initials</p> <p>I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events **PARENT MUST INITIAL REVERSE</p>	

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

Health Care Practitioner (Print)	LAST NAME	FIRST NAME	(Please)	Signature
Address		Tel. No. (____)____-____		Fax. No (____)____-____
E-mail address		Cell phone (____)____-____		
NYS License No (Required) _____		NPI No. _____		Date ____/____/____

MEDICATION ADMINISTRATION FORM

THIS FORM SHOULD BE USED FOR NON-ALLERGY / NON-ASTHMA MEDICATIONS ONLY

Provider Medication Order Form—Office of School Health—School Year 2017–2018

The Following Section To Be Completed By 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 DOE и DOHMH об оказании запрашиваемых услуг, а представляет собой мой запрос 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 DOE, DOHMH, 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 хранить и обеспечивать прием препарата ребенком в случае временной утраты им способности хранить и принимать лекарство самостоятельно.			
Фамилия учащегося		Имя	Инициал ср. имени	Дата рождения
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	



For OFFICE OF SCHOOL HEALTH (OSH) Only

Received by: Name	Date	Reviewed by: Name	Date
Referred to School 504 Coordinator: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		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			
Signature and Title (RN OR MD/DO/NP):			Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison