MEDICATION ADMINISTRATION FORM - OFFICE OF SCHOOL HEALTH

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

Authorization for Administration of Medication to Students for School Year **2016–2017**

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 ингаляторами, включая невинтолировые. 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 применения ребенком автоинъектора с адреналином (Epi-Pen), 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 имеющийся в школе Вентолин за неимением в школе прописанного ребенку противоастматического препарата.**

Подпись родителя/опекуна	**Имя и фамилия родителя/опекуна (печатными буквами)**
Дата подписания __ __ / __ __ / __ __ __ __	**Адрес родителя/опекуна**
Телефон: Дневной (__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __ **Домашний** (__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __ **Мобильный*** (__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __	
Другое контактное лицо для срочной связи	**Телефон контактного лица** (__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __
(ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ)	
Принято: Имя и фамилия Дата __ __ / __ __ / __ __ __ _	**Рассмотрено**: Имя и фамилия Дата __ __ / __ __ / __ __ __ _
Направлено школьному координатору плана 504: ☐ Да ☐ Нет	**Ребенку разрешено самостоятельно применять/иметь при себе лекарство:** ☐ Да ☐ Нет
Услуги предоставляются: ☐ медсестрой ☐ медицинским консультантом OSH ☐ школьным центром здоровья	
Подпись и категория медработника (RN или MD/DO/NP):	**Дата уведомления школы и направления формы куратору DOE** __ __ / __ __ / __ __ __ __

*Confidential information should not be sent by e-mail

MEDICATION ADMINISTRATION FORM - OFFICE OF SCHOOL HEALTH

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

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** __/__/____ MM DD YYYY	☐ Male ☐ Female
	Guardian's e-mail address	**OSIS Number** _ _ _ _ _ _ _ _ _	
	School (include name, number, address and borough)	**DOE District** ___ ___ / **Grade** / **Class**	

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

1. Diagnosis: _____ ICD-10 Code ☐ _ _ _ . _ _ _

Medication: _____
Generic and/or Brand Name

Preparation/Concentration: _____

Dose: _____ Route: _____

Select the most appropriate option for this student:

- ☐ Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication
- ☐ Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
- ☐ Independent Student: student is self-carry / self-administer (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES):**
  - I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribe medication effectively for school/field trips/school-sponsored events. _____ practitioner's initials

**** PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE**

In School Instructions

☐ Standing daily dose: at _ _: _ _ AM / PM and _ _: _ _ AM / PM

AND/OR

☐ PRN

_____
specify signs, symptoms, or situations

☐ Time interval: q _ _ minutes or q _ _ hours as needed.

☐ If no improvement, repeat in _ _ minutes or _ _hours for a maximum of __ times.

Conditions under which medication should not be given:

2. Diagnosis: _____ ICD-10 Code ☐ _ _ _ . _ _ _

Medication: _____
Generic and/or Brand Name

Preparation/Concentration: _____

Dose: _____ Route: _____

Select the most appropriate option for this student:

- ☐ Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication
- ☐ Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
- ☐ Independent Student: student is self-carry / self-administer (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES):**
  - I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events. _____ practitioner's initials

**** PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE**

In School Instructions

☐ Standing daily dose: at _ _: _ _ AM / PM and _ _: _ _ AM / PM

AND/OR

☐ PRN

_____
specify signs, symptoms, or situations

☐ Time interval: q _ _ minutes or q _ _ hours as needed.

☐ If no improvement, repeat in _ _ minutes or _ _hours for a maximum of __ times.

Conditions under which medication should not be given:

3. Diagnosis: _____ ICD-10 Code ☐ _ _ _ . _ _ _

Medication: _____
Generic and/or Brand Name

Preparation/Concentration: _____

Dose: _____ Route: _____

Select the most appropriate option for this student:

- ☐ Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication
- ☐ Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
- ☐ Independent Student: student is self-carry / self-administer (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES):**
  - I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events._____ practitioner's initials

**** PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE**

In School Instructions

☐ Standing daily dose: at _ _: _ _ am / pm and _ _: _ _ AM / PM

AND/OR

☐ PRN

_____
specify signs, symptoms, or situations

☐ Time interval: q _ _ minutes or q _ _ hours as needed.

☐ If no improvement, repeat in _ _ minutes or _ _hours for a maximum of __ times.

Conditions under which medication should not be given:

HOME Medications (include over-the counter)	**For Office of School Health (OSH) Use Only**
	Revisions per OSH after consultation with prescribing health care practitioner. ☐ IEP

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

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS

*Confidential information should not be sent by e-mail