

MEDICATION ADMINISTRATION FORM

THIS FORM SHOULD NOT BE USED FOR ASTHMA OR ALLERGY MEDICATIONS
 Provider Medication Order Form | Office of School Health | School Year **2018-2019**
DUE: JULY 15th. Forms submitted after July 15th may delay processing for new school year.

Attach student photo here

Student Last Name _____	First Name _____	Middle _____	Date of birth ____/____/____ MM DD YYYY	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
OSIS Number _____				
School (include name, number, address and borough)			DOE District	Grade
Class _____				

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

<p>1. Diagnosis: _____ ICD-10 Code: <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Medication: _____ Generic and/or Brand Name Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ Route: _____</p> <p>Student Skill Level (Select the most appropriate option): <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 (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES)</p> <p><input type="checkbox"/> I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school / fieldtrips / school sponsored events.</p> <p>Practitioner's Initials _____</p>	<p><u>In School Instructions</u> <input type="checkbox"/> Standing daily dose: at ____:____ AM / PM and ____:____ AM / PM AND/OR <input type="checkbox"/> PRN _____ _____ <i>specify signs, symptoms, or situations</i></p> <p><input type="checkbox"/> Time interval: __ minutes or __ hours as needed. <input type="checkbox"/> If no improvement, repeat in __ minutes or __ hours for a maximum of __ times.</p> <p><u>Conditions under which medication should not be given:</u> _____</p>
<p>2. Diagnosis: _____ ICD-10 Code: <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Medication: _____ Generic and/or Brand Name Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ Route: _____</p> <p>Student Skill Level (Select the most appropriate option): <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 (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES)</p> <p><input type="checkbox"/> I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school / fieldtrips / school sponsored events.</p> <p>Practitioner's Initials _____</p>	<p><u>In School Instructions</u> <input type="checkbox"/> Standing daily dose: at ____:____ AM / PM and ____:____ AM / PM AND/OR <input type="checkbox"/> PRN _____ _____ <i>specify signs, symptoms, or situations</i></p> <p><input type="checkbox"/> Time interval: __ minutes or __ hours as needed. <input type="checkbox"/> If no improvement, repeat in __ minutes or __ hours for a maximum of __ times.</p> <p><u>Conditions under which medication should not be given:</u> _____</p>
<p>3. Diagnosis: _____ ICD-10 Code: <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Medication: _____ Generic and/or Brand Name Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ Route: _____</p> <p>Student Skill Level (Select the most appropriate option): <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 (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES)</p> <p><input type="checkbox"/> I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school / fieldtrips / school sponsored events.</p> <p>Practitioner's Initials _____</p>	<p><u>In School Instructions</u> <input type="checkbox"/> Standing daily dose: at ____:____ am / pm and ____:____ AM / PM AND/OR <input type="checkbox"/> PRN _____ _____ <i>specify signs, symptoms, or situations</i></p> <p><input type="checkbox"/> Time interval: __ minutes or __ hours as needed. <input type="checkbox"/> If no improvement, repeat in __ minutes or __ hours for a maximum of __ times.</p> <p><u>Conditions under which medication should not be given:</u> _____</p>

HOME Medications (include over-the counter)

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

استمارة إعطاء الدواء

هذه الاستمارة لا ينبغي أن تستخدم لإعطاء أدوية الربو أو الحساسية

استمارة طلب الدواء من المزود | مكتب الصحة المدرسية | العام الدراسي 2018-2019
موعد الاستحقاق: 15 يوليو/ تموز. الاستمارات المقدمة بعد يوم 15 يوليو/ تموز قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد.

يقوم الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر بتعبئة الجزء أدناه

بتوقيعي أدناه، أوافق على ما يلي:

- أوافق على أن يتم تخزين الدواء الخاص بطفلي وإعطائه في المدرسة بناءً على توجيهات ممارس الرعاية الصحية لطفلي. أوافق أيضاً على أن يتم تخزين أية معدات مطلوبة لتقديم دواء طفلي واستخدامها في المدرسة.
- وأنا أدرك أنه:
 - يجب أن أعطي ممرضة المدرسة الدواء والمعدات الخاصة بطفلي.
 - يجب أن تكون جميع الأدوية "التي تصرف بدون وصفة طبية" والتي أعطيها للمدرسة جديدة وغير مفتوحة، وفي القارورة أو العبوة الأصلية. سوف أحصل على دواء آخر ليستخدمه طفلي عندما لا يكون في المدرسة أو في رحلة مدرسية.
 - يجب أن تحمل الأدوية الموصوفة طبيياً ملصق الصيدلية الأصلي على القارورة أو العبوة. يجب أن يشتمل الملصق على: (1) اسم طفلي، (2) اسم الصيدلية ورقم هاتفها، (3) اسم ممارس الرعاية الصحية لطفلي، (4) التاريخ، (5) عدد مرات إعادة التعبئة، (6) اسم الدواء، (7) الجرعة، (8) متى يتم تناول الدواء، (9) كيفية تناول الدواء، (10) أية إرشادات أخرى.
 - يجب أن أخبر ممرضة المدرسة فوراً عن أي تغيير في دواء طفلي أو تعليمات ممارس الرعاية الصحية.
 - لا يسمح لأي تلميذ(ة) بحمل أو تناول المواد الخاضعة للرقابة بنفسه.
 - يعتمد مكتب الصحة المدرسية (OSH) وكلاءه المشاركين في تقديم الخدمة (الخدمات) الصحية المذكورة أعلاه إلى طفلي على دقة المعلومات المقدمة في هذه الاستمارة.
 - بتوقيعي على استمارة إعطاء الدواء هذه (MAF)، قد يقدم مكتب الصحة المدرسية (OSH) الخدمات الصحية لطفلي. وأنا أدرك أن هذه الخدمات قد تتضمن تقييماً اكلينيكيًا أو فحصاً بندياً من طرف ممارس الرعاية الصحية أو الممرضة بمكتب الصحة المدرسية (OSH).
 - ينتهي طلب إعطاء الدواء في استمارة (MAF) هذه في نهاية العام الدراسي لطفلي، والذي قد يشمل الححصن الصيفي، أو عندما أعطي ممرضة المدرسة استمارة (MAF) جديدة (أيهما أقرب).
 - تمثل هذه الاستمارة موافقتي وطلب تقديم خدمات إعطاء الأدوية المذكورة في هذه الاستمارة. وهي لا تمثل اتفاقاً مع مكتب الصحة المدرسية (OSH) لتوفير الخدمات المطلوبة. إذا قرر مكتب الصحة المدرسية (OSH) تقديم هذه الخدمات، قد يحتاج طفلي أيضاً إلى خطة لتسهيلات التلميذ. ستقوم المدرسة بوضع هذه الخطة.
 - قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على أية معلومات أخرى يعتقد أنها ضرورية عن الحالة الطبية لطفلي أو أدويته أو علاجه. قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على هذه المعلومات من أي ممارس رعاية صحية أو ممرضة أو صيدلي قدم خدمات صحية لطفلي.
 - إذا لم تتوفر ممرضة المدرسة، فقد يتم إخطاري بالحضور للمدرسة لإعطاء الدواء لطفلي.

تناول الدواء بشكل ذاتي:

- أقر/ أؤكد أن طفلي قد تلقى تدريباً كاملاً ويمكنه تناول الدواء من تلقاء نفسه. أوافق على أن يقوم طفلي بحمل وتخزين وتناول الدواء الموصوف على هذه الاستمارة بنفسه في المدرسة. أنا مسؤول عن إعطاء طفلي هذا الدواء في قوارير أو عبوات كما هو موضح أعلاه. أنا أيضاً مسؤول عن مراقبة استخدام طفلي للدواء، وعن جميع نتائج استخدام طفلي لهذا الدواء في المدرسة. ستؤكد ممرضة المدرسة قدرة طفلي على حمل الدواء وتناوله بنفسه. كما أوافق على إعطاء دواء "احتياطياً" للمدرسة في قارورة أو عبوة معنونة بوضوح.
- أوافق على قيام ممرضة المدرسة أو طاقم المدرسة المدرب بإعطاء طفلي الدواء إذا كان طفلي غير قادر مؤقتاً على حمل الدواء أو تناوله بنفسه.

ملحوظة: يفضل أن ترسل أدوية ومعدات لطفلك في يوم الرحلة المدرسية والأنشطة المدرسية التي تعقد خارج موقع 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			وقع هنا
تاريخ التوقيع	عنوان البريد الإلكتروني للوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر			عنوان الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر
أرقام الهاتف: أثناء النهار	المنزل			الهاتف المحمول
اسم شخص بديل للاتصال به في حالة الطوارئ	رقم هاتف طرف الاتصال			

OSHS Number: / For Office of School Health (OSH) Use Only

OSHS Number:			
Received by: Name	Date	Reviewed by: Name	Date
<input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> Other		Referred to School 504 Coordinator: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Services provided by: <input type="checkbox"/> Nurse/NP		<input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor <input type="checkbox"/> School Based Health Center (For supervised students only)	
Signature and Title (RN OR SMD):		Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison	
Revisions as per OSH contact with prescribing health care practitioner <input type="checkbox"/> Modified <input type="checkbox"/> Not Modified			

*لا يجوز إرسال المعلومات السرية بواسطة البريد الإلكتروني