

# 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 15<sup>th</sup>. Forms submitted after July 15<sup>th</sup> may delay processing for new school year.**

Attach student photo here

<b>Student</b> 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><b>1. Diagnosis:</b> _____ ICD-10 Code: <input type="checkbox"/> _____</p> <p><b>Medication:</b> _____                  Generic and/or Brand Name                  Preparation/Concentration: _____                  Dose: _____ Route: _____</p> <p><b>Student Skill Level (Select the most appropriate option):</b>  <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> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <p><b>Practitioner's Initials</b>   I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school / fieldtrips / school sponsored events.</p>	<p><u>In School Instructions</u>  <input type="checkbox"/> Standing daily dose: at ____:____ AM / PM and ____:____ AM / PM  <b>AND/OR</b>  <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><b>2. Diagnosis:</b> _____ ICD-10 Code: <input type="checkbox"/> _____</p> <p><b>Medication:</b> _____                  Generic and/or Brand Name                  Preparation/Concentration: _____                  Dose: _____ Route: _____</p> <p><b>Student Skill Level (Select the most appropriate option):</b>  <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> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <p><b>Practitioner's Initials</b>   I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school / fieldtrips / school sponsored events.</p>	<p><u>In School Instructions</u>  <input type="checkbox"/> Standing daily dose: at ____:____ AM / PM and ____:____ AM / PM  <b>AND/OR</b>  <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><b>3. Diagnosis:</b> _____ ICD-10 Code: <input type="checkbox"/> _____</p> <p><b>Medication:</b> _____                  Generic and/or Brand Name                  Preparation/Concentration: _____                  Dose: _____ Route: _____</p> <p><b>Student Skill Level (Select the most appropriate option):</b>  <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> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <p><b>Practitioner's Initials</b>   I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school / fieldtrips / school sponsored events.</p>	<p><u>In School Instructions</u>  <input type="checkbox"/> Standing daily dose: at ____:____ am / pm and ____:____ AM / PM  <b>AND/OR</b>  <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><b>HOME Medications (include over-the counter)</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

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

## ঔষধ দেয়া সংক্রান্ত ফরম

এই ফরমটি হাঁপানি বা অ্যালার্জির ঔষধের জন্য ব্যবহার করা উচিত নয়

ঔষধ প্রদানকারীর অর্ডার ফরম। অফিস অব স্কুল হেলথ। 2018-2019 স্কুল বর্ষ

শেষ তারিখ: জুলাই 15. 15 জুলাইয়ের পর ফরম জমা দিলে তা নতুন স্কুল বর্ষের জন্য প্রক্রিয়াকরণে দেয় হতে পারে।

**প্যারেন্ট/অভিভাবক নিচে পূরণ করুন**

**নিচে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি নিম্নোক্ত বিষয়গুলিতে সহমত পোষণ করছি:**

- আমি সম্মতি জ্ঞাপন করছি যে আমার সন্তানের ঔষধ আমার সন্তানের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী চিকিৎসকের নির্দেশনামতে স্কুলে সংরক্ষণ ও প্রদান করা হবে। এছাড়াও আমি সম্মতি জ্ঞাপন করছি যে আমার সন্তানের ঔষধের জন্য প্রয়োজনীয় যেকোনো সরঞ্জাম স্কুলে সংরক্ষণ ও ব্যবহার করা হবে।
- আমি বুঝেছি যে:
  - আমাকে অবশ্যই স্কুল নার্সকে আমার সন্তানের ঔষধ ও সরঞ্জাম প্রদান করতে হবে।
  - স্কুলকে আমার প্রদানকৃত নির্দেশনাপত্রের ও “নির্দেশনাপত্র বহির্ভূত” সকল ঔষধ অবশ্যই নতুন, না-খোলা এবং আসল বোতল বা বাস্কে হতে হবে। যখন আমার সন্তান স্কুলে থাকবে না বা স্কুলের আনন্দ ভ্রমণে থাকবে তখন আমি আমার সন্তানের জন্য আরেকটি ঔষধ নেব।
    - নির্দেশনাপত্রের ঔষধগুলির বাস্কে বা বোতলে অবশ্যই **আসল** ফার্মেসির লেবেল লাগানো থাকতে হবে। লেবেলে অবশ্যই থাকবে: 1) আমার সন্তানের নাম, 2) ফার্মাসির নাম ও ফোন নম্বর, 3) আমার সন্তানের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী চিকিৎসকের নাম, 4) তারিখ, 5) পুনরায় ভরার সংখ্যা, 6) ঔষধের নাম, 7) মাত্রা, 8) ঔষধ খাওয়ার সময়, 9) ঔষধটি কীভাবে খেতে হবে এবং 10) অন্যান্য নির্দেশনা।
  - আমাকে অবশ্যই আমার সন্তানের ঔষধ বা স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী চিকিৎসকের নির্দেশনায় আনীত যেকোনো পরিবর্তন সম্পর্কে **অনতিবিলম্বে** স্কুল নার্সকে বলতে হবে।
  - কোনো শিক্ষার্থীকে নিয়ন্ত্রিত বস্তু বহন করার বা তার সাথে দেওয়ার অনুমতি দেওয়া হয় না।
  - আমার সন্তানকে উপরোক্ত স্বাস্থ্যসেবা প্রদানে সম্পূর্ণ অফিস অব স্কুল হেলথ (OSH) এবং এর প্রতিনিধিগণ এই ফরমে প্রদত্ত তথ্যের সত্যতার উপর নির্ভরশীল।
  - এই ঔষধ দেওয়া সংক্রান্ত ফরমটিতে (MAF) স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, OSH আমার সন্তানকে স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করতে পারবে। এই সেবাগুলির মধ্যে রয়েছে একজন OSH এর স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী চিকিৎসক বা নার্সের কর্তৃক একটি চিকিৎসাগত মূল্যায়ন বা একটি শারীরিক পরীক্ষা।
  - এই MAF এর ঔষধের অর্ডারের মেয়াদ শেষ হবে আমার সন্তানের স্কুল বর্ষের শেষে, যেটিতে অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে গ্রীষ্মকালীন সেশন অথবা যখন আমি স্কুল নার্সকে একটি নতুন MAF দেব (যেটি আগে হয়)।
  - এই ফরমটি এই ফরমে বর্ণিত ঔষধ পরিষেবার জন্য আমার সম্মতি ও অনুরোধ প্রদর্শন করে। অনুরোধকৃত পরিষেবা প্রদান করার জন্য এটি OSH এর কোনো চুক্তি নয়। যদি OSH এই পরিষেবা প্রদানের সিদ্ধান্ত নেয়, আমার সন্তানের একটি শিক্ষার্থীর বিশেষ সুবিধা পরিকল্পনার প্রয়োজন হতে পারে। এ পরিকল্পনা স্কুল পূরণ করবে।
  - OSH অন্য যেকোনো তথ্য পেতে পারে যা তারা মনে করে যে আমার সন্তানের চিকিৎসাগত অবস্থা, ঔষধ বা চিকিৎসার জন্য প্রয়োজন। OSH যেকোনো স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী চিকিৎসক, নার্স বা ফার্মাসিস্টের কাছ থেকে এই তথ্য পেতে পারে যিনি আমার সন্তানকে স্বাস্থ্যসেবা দিয়েছেন।
  - যদি স্কুল নার্স না থাকেন, আমার সন্তানের ঔষধ দেওয়ার জন্য আমাকে স্কুলে আসতে বলা হতে পারে।

### নিজে নিজে ঔষধ নেওয়া:

- আমি প্রত্যয়ন/নিশ্চিত করছি যে আমার সন্তানকে সম্পূর্ণভাবে প্রশিক্ষণ দেওয়া হয়েছে এবং সে নিজে নিজে ঔষধ খেতে পারে। স্কুলে এই ফরমে নির্দেশিত ঔষধ আমার সন্তান নিজে নিজে বহন, সংরক্ষণ ও প্রদান করার ব্যাপারে আমি সম্মতি জ্ঞাপন করছি। উপরের বর্ণনা মতে বোতল বা বাস্কে করে আমার সন্তানকে এই ঔষধ দেওয়ার জন্য আমি দায়ী। এছাড়াও আমার সন্তানের ঔষধের ব্যবহার তদারক করার জন্য এবং স্কুলে আমার সন্তানের এই ঔষধ ব্যবহারে ফলে সৃষ্ট পরিণতির জন্য আমিই দায়ী। আমার সন্তান ঔষধ বহন এবং নিজে নিজে ঔষধ নিতে পারে কি না সে সম্পর্কে স্কুল নার্স আমাকে নিশ্চিত করবেন। এছাড়াও আমি স্কুলকে স্পষ্ট লেবেলযুক্ত বাস্কে বা বোতলে “ব্যাক আপ” ঔষধ দিতে সম্মত হই।
- আমি সম্মতি জ্ঞাপন করছি যে যদি আমার সন্তান সাময়িকভাবে ঔষধ বহন করতে এবং নিজে নিজে খেতে অসমর্থ হয় তবে স্কুল নার্স বা প্রশিক্ষিত স্কুল স্টাফ আমার সন্তানকে ঔষধ খাওয়াবেন।

**উল্লেখ্য: এটি পছন্দনীয় যে স্কুল ট্রিপের দিন এবং অফ-সাইট স্কুল কার্যক্রমে আপনি আপনার সন্তানের জন্য ঔষধ ও সরঞ্জাম পাঠাবেন।**

ছাত্রের শেষ নাম	নামের প্রথম অংশ	MI	জন্মতারিখ	স্কুল
প্যারেন্ট/অভিভাবকের নাম স্পষ্ট হরফে লিখুন			<b>এখানে স্বাক্ষর</b>	
প্যারেন্ট/অভিভাবকের ইমেইল			প্যারেন্ট/অভিভাবকের স্বাক্ষর	
স্বাক্ষর দেওয়ার তারিখ		প্যারেন্ট/অভিভাবকের ঠিকানা		
টেলিফোন নম্বর: দিনের বেলা		বাড়ি		সেল ফোন
বিকল্প জরুরি যোগাযোগের নাম			যোগাযোগের টেলিফোন নম্বর	

**For Office of School Health (OSH) Use Only / শুধুমাত্র অফিস অব স্কুল হেলথ (OSH) এর ব্যবহারের জন্য**

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

\*গোপনীয় তথ্য ইমেইলে পাঠানো উচিত নয়