

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) | | | | OSIS Number _____ | |
| | | | | DOE District _____ | Grade _____ | Class _____ |

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;"><small>specify signs, symptoms, or situations</small></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>_____ 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;"><small>specify signs, symptoms, or situations</small></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>_____ 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;"><small>specify signs, symptoms, or situations</small></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>_____ 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

Je consens, par la présente, à la conservation et l'administration de médicament(s), ainsi qu'au stockage et à l'utilisation des ustensiles et matériel nécessaires pour administrer ce(s) médicament(s), conformément aux instructions du prestataire du professionnel de santé ou médecin de mon enfant. Je comprends que je dois fournir à l'école les produits et équipements nécessaires pour administrer ses médicaments, notamment les inhalateurs s'ils ne sont pas pour la Ventoline. Les médicaments doivent être apportés dans leur récipient d'origine avec la bonne étiquette de la pharmacie (il faut que je me procure un autre récipient similaire dont mon enfant se servira à l'extérieur de l'établissement scolaire). L'étiquette sur le médicament prescrit doit mentionner les prénoms et nom de l'élève, le nom et numéro de téléphone de la pharmacie, les prénoms et nom de l'auteur agrémenté de la prescription, la date et le nombre de renouvellements, le nom du médicament, la dose prescrite, la fréquence des prises, les modalités d'administration et/ou d'autres consignes d'utilisation. Les médicaments sans ordonnance et les échantillons de médicaments doivent être dans le récipient d'origine du fabricant, où sont apposés les prénoms et nom de l'élève. Je déclare avoir compris que tous les médicaments fournis doivent être délivrés dans leurs boîtes d'origine QUI N'ONT JAMAIS ÉTÉ OUVERTES. J'ai aussi compris que je dois prévenir immédiatement l'infirmier scolaire, de tout changement de prescription ou d'instructions du type de celles susmentionnées.

Je sais qu'aucun élève n'a le droit de porter sur lui ou de prendre lui-même des substances placées sous contrôle.

Je sais que ce consentement n'est valable que jusqu'à la date où prend fin tout programme de cours d'été patronné par le Département de l'Éducation de la Ville de New York (DOE) ; ou au moment où je fournis, à l'infirmier scolaire, une nouvelle ordonnance ou de nouvelles instructions du professionnel de santé ou médecin de mon enfant (suivant l'événement qui survient le plus tôt). En déposant ce formulaire *MAF*, je demande, de fait, à ce que mon enfant bénéficie d'une assistance médicale particulière de la part du DOE et de celle du Département de la Santé et de l'Hygiène mentale (Department of Health and Mental Hygiene - *DOHMH*) de la Ville de New York, par l'intermédiaire du Bureau de la Santé Scolaire (OSH). Je déclare avoir compris que les services médicaux peuvent comprendre une évaluation clinique et un examen médical par un professionnel de santé de l'OSH. Ce formulaire *MAF* contient l'intégralité des instructions complètes concernant les soins médicaux demandés ci-dessus. Je sais que l'OSH, ses mandataires et employés, impliqués dans les soins médicaux demandés ci-dessus, s'en remettent à l'exactitude des informations fournies dans ce formulaire. Je reconnais que ce formulaire ne constitue pas un accord du Département de l'Éducation et du *DOHMH* d'offrir les services demandés, mais plutôt une demande de ma part et mon consentement pour de tels soins. Si ces soins sont jugés nécessaires, un Plan d'aménagement(s) pour l'élève (Student Accommodation Plan) peut aussi être requis et sera, dans ce cas, rédigé par l'établissement scolaire. Je déclare avoir compris que, l'OSH, le DOE, et leurs mandataires et agents, peuvent contacter, consulter tout professionnel de santé (médecin ou spécialiste) ou pharmacien ayant fourni des médicaments ou services médicaux à mon enfant, et obtenir, ainsi, toute information supplémentaire considérée pertinente sur son état de santé, ses médicaments ou son traitement.

PRISE DE MÉDICAMENT(S) AUTONOME :

Pour utiliser un auto-injecteur d'adrénaline (épinéphrine), un inhalateur contre l'asthme et d'autres médicaments approuvés que l'enfant peut prendre seul, mettez vos initiales devant ces paragraphes :

| | | | | | | |
|---|--|----------------------------|---|----------|-------------------|-------|
| <u>INITIALES</u> | Je certifie, par la présente, que mon enfant a bien été complètement instruit et est capable de prendre, lui-même, le médicament prescrit. Je consens, en outre, à ce que mon enfant porte sur lui, conserve et prenne seul, dans l'enceinte scolaire, le(s) médicament(s) prescrit(s) cité(s) ci-dessus. Je reconnais avoir à fournir à mon enfant ces médicaments dans des récipients étiquetés comme décrit ci-dessus, être responsable de vérifier comment mon enfant s'en sert, et de toutes les conséquences possibles découlant de leur usage dans l'enceinte scolaire. Je sais que l'infirmier de l'école confirmera la capacité de mon enfant à porter sur lui et à prendre seul ses médicaments de façon responsable. En outre, je consens à fournir des médicaments « de secours » dans un récipient, dont le texte de l'étiquette est clair et lisible, à conserver en salle médicale au cas où mon enfant en aurait une quantité insuffisante à prendre seul sur lui. | | | | | |
| <u>INITIALES</u> | Je consens aussi à ce que l'infirmier(ère) scolaire conserve ou administre un tel traitement médicamenteux à mon enfant au cas où ce dernier serait temporairement dans l'impossibilité de le garder sur lui ou de le prendre seul. | | | | | |
| <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%; border: none;">Nom de famille de l'élève</td> <td style="width: 20%; border: none;">Prénom</td> <td style="width: 10%; border: none;">MI</td> <td style="width: 30%; border: none;">Date de naissance</td> <td style="width: 10%; border: none;">École</td> </tr> </table> | | Nom de famille de l'élève | Prénom | MI | Date de naissance | École |
| Nom de famille de l'élève | Prénom | MI | Date de naissance | École | | |
| Nom du parent/tuteur en caractères d'imprimerie | | Signature du parent/tuteur | | | | |
| Adresse du parent/tuteur de l'élève | | Signé le | | | | |
| Numéros de téléphone | | Domicile | | Portable | | |
| Adresse email du parent/tuteur | | | | | | |
| Nom d'une autre personne à contacter en cas d'urgence | | | Numéro de téléphone de cette autre personne | | | |



For OFFICE OF SCHOOL HEALTH (OSH) Only

| | | |
|---|---|---|
| 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 |