

ALLERGIES/ANAPHYLAXIS MEDICATION ADMINISTRATION FORM

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	Weight (kg)	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
				MM / DD / YYYY	____ . ____	
	School (include name, number, address and borough)			OSIS #	DOE District	Grade

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

Specify Allergy	Specify Allergy	Specify Allergy
<input type="checkbox"/> Allergy to	<input type="checkbox"/> Allergy to	<input type="checkbox"/> Allergy to
History of asthma?	<input type="checkbox"/> Yes (<i>If yes, student has an increased risk for a severe reaction</i>)	<input type="checkbox"/> No
History of anaphylaxis?	<input type="checkbox"/> Yes Date ____/____/____	<input type="checkbox"/> No
If yes, symptoms	<input type="checkbox"/> Respiratory <input type="checkbox"/> Skin <input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Neurologic	Does this student have the ability to:
Treatment	Date ____/____/____	Self-Manage <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
History of skin testing?	<input type="checkbox"/> Yes (attach copy of results) Date ____/____/____	Recognize signs of allergic reactions <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> No	Recognize/avoid allergens independently <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Comments:		

Select In School Medications	In School Instructions
<p>1. ONLY SINGLE DOSE AUTO-INJECTORS SELECT BELOW</p> <input type="checkbox"/> Epinephrine Auto-Injector 0.15 mg <input type="checkbox"/> Epinephrine Auto-Injector 0.3 mg <input type="checkbox"/> Give antihistamine in addition to epinephrine (must order antihistamine below) <p>Select the most appropriate option for this student:</p> <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse or trained school personnel must administer <input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry/self-administer **	<p>PRN (check all that apply):</p> <input type="checkbox"/> Itching <input type="checkbox"/> Shortness of Breath <input type="checkbox"/> Vomiting / Diarrhea <input type="checkbox"/> Hives <input type="checkbox"/> Tightness / Closure <input type="checkbox"/> Weak Pulse <input type="checkbox"/> Swelling <input type="checkbox"/> Hoarseness <input type="checkbox"/> Pallor / Cyanosis <input type="checkbox"/> Redness <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Dizziness / Fainting <p>Specify signs, symptoms, or situations:</p> <p style="text-align: center;">➤ Administer Intramuscularly into anterolateral aspect of thigh ➤ Call 911 immediately</p> <p>If no improvement, repeat in ____ minutes for a maximum of ____ times (not to exceed a total of 3 doses).</p>
Practitioner's initials _____ I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events **PARENT MUST INITIAL REVERSE	

<p>2. ORAL MEDICATION: <input type="checkbox"/> Diphenhydramine</p> Preparation/Concentration: _____ Route _____ <p>Select the most appropriate option for this student:</p> <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer <input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry/self-administer **	<p>PRN (check all that apply):</p> <input type="checkbox"/> Itchy / Runny Nose <input type="checkbox"/> Itchy Mouth <input type="checkbox"/> Few Hives <input type="checkbox"/> Sneezing <input type="checkbox"/> Mildly Itchy Skin <input type="checkbox"/> Mild Nausea / Discomfort <p>Specify signs, symptoms, or situations:</p> <p>Dose: _____ <input type="checkbox"/> 4 hours or <input type="checkbox"/> 6 hours as needed (specify)</p> <p>If no improvement, indicate instructions:</p>
Practitioner's initials _____ I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events **PARENT MUST INITIAL REVERSE	

<p>3. ORAL MEDICATION: _____</p> Preparation/Concentration: _____ Route _____ <p>Select the most appropriate option for this student:</p> <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer <input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry/self-administer **	<p>PRN Specify signs, symptoms, or situations:</p> <p>Dose: _____ Time interval: ____ (specify min or hours)</p> <p><u>Conditions under which medication should not be given:</u></p> <p>If no improvement, indicate instructions:</p>
Practitioner's initials _____ I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events **PARENT MUST INITIAL REVERSE	

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

Health Care Practitioner (Please Print)	LAST NAME	FIRST NAME	Signature
Address		Tel. (____) ____-____	Fax. (____) ____-____
E-mail address		Cell (____) ____-____	
NYS License # (Required) _____		NPI # _____	Date ____/____/____

ALLERGIES/ANAPHYLAXIS MEDICATION ADMINISTRATION FORM
 Provider Medication Order Form—Office of School Health—School Year 2017–2018
 The Following Section to Be Completed by the 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 de soins médicaux ou médecin de mon enfant. Je sais que c'est à moi de fournir, à l'établissement scolaire, les produits et l'équipement nécessaires pour administrer ces 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'école). L'étiquette sur le médicament prescrit doit mentionner le nom de l'élève, le nom et numéro de téléphone de la pharmacie, le nom de l'auteur agréement 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 leur boîte d'origine QUI N'A JAMAIS ÉTÉ OUVERTE.** Je sais également que je dois prévenir immédiatement l'infirmier scolaire de tout changement relatif à la prescription ou aux instructions 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 de l'OSH et du DOE d'offrir les services demandés, mais plutôt une demande de ma part et mon consentement pour ces services. 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 à 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/adolescent 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 son(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 son(ses) médicament(s) de façon responsable. En outre, je consens à fournir un(des) médicament(s) « 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.
------------------	---

*Si vous optez pour l'utilisation des médicaments et matériel conservés en réserve, il faut que votre enfant emporte son auto-injecteur d'adrénaline (épinéphrine), inhalateur contre l'asthme et tout autre médicament approuvé qu'il va prendre ou s'administrer lui-même avec lui lors des journées de **sortie scolaire** ou activités après les heures normales d'école pour les avoir toujours à portée de main. Les réserves d'adrénaline (épinéphrine) ne sont utilisées que lorsque que votre enfant est dans l'enceinte de l'établissement scolaire.*



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		En journée	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	

DO NOT WRITE BELOW – FOR OSH USE ONLY

Received by: Name	Date	Reviewed by: Name	Date
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 <input type="checkbox"/> DOE School Staff	
Signature and Title (RN OR MD/DO/NP)			