

ALLERGIES / ANAPHYLAXIS

MEDICATION ADMINISTRATION FORM - OFFICE OF SCHOOL HEALTH
 Authorization for Administration of Medication to Students for School Year 2016–2017

| | | | | |
|-------------------|------------|----|---------------------------------|--------|
| Student Last Name | First Name | MI | Date of birth ___ / ___ / _____ | School |
|-------------------|------------|----|---------------------------------|--------|

CONSETEMENT DU PARENT/TUTEUR

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'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 agréé 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 suis conscient(e) 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 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 ou *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 suis conscient(e) que, l'OSH, le DOE, et leurs mandataires et agents, peuvent contacter, consulter tout professionnel de santé (médecin et/ou spécialiste) et/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 et/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 :**

_____ Je certifie, par la présente, que mon fils/ma fille a bien reçu l'intégralité des instructions et est capable de prendre le médicament prescrit, lui(elle)-même. Je consens, en outre, à ce que mon fils/fille porte sur lui(elle), conserve et prenne seul(e), 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'établissement scolaire confirmera la capacité de mon enfant à porter sur lui(elle) et à prendre seul(e) 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(e) sur lui(elle).

_____ Je consens à ce que l'infirmier(ère) scolaire conserve et/ou administre un tel traitement médicamenteux à mon enfant au cas où ce(cette) dernier(ère) serait temporairement dans l'impossibilité de le garder sur lui(elle) ou de le prendre seul(e).

_____ Je certifie, par la présente, avoir consulté le professionnel de santé ou médecin de mon enfant et je consens à ce que le Bureau de la Santé Scolaire (Office of School Health ou OSH) administre de l'adrénaline (épinéphrine) conservée en réserve au cas où l'on ne pourrait pas utiliser l'adrénaline (épinéphrine) qui lui a été prescrite.

*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** et/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.*

| | |
|---|---|
| Signature de la mère/du père ou tuteur de l'élève | Prénoms et nom du parent/tuteur en caractères d'imprimerie |
| Signé le ___ / ___ / _____ (mois/jour/année) | Adresse du parent/tuteur de l'élève |
| Coordonnées téléphoniques : En journée (_____) _____ - _____ | Domicile (_____) _____ - _____ |
| Portable* (_____) _____ - _____ | |
| Email du parent/tuteur de l'élève* | |
| Prénoms et nom d'une autre personne à contacter en cas d'urgence | N° de téléphone de cette autre personne (_____) _____ - _____ |
| NE RIEN ÉCRIRE CI-DESSOUS – RÉSERVÉ AU DOE (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): | |

*Confidential information should not be sent by e-mail.

ALLERGIES / ANAPHYLAXIS

MEDICATION ADMINISTRATION FORM - OFFICE OF SCHOOL HEALTH
 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 | 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 (If yes, student has an increased risk for a severe reaction) | <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 |
| | | 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 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 ** <p><input type="checkbox"/> I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events _____ <small style="margin-left: 250px;">practitioner's initials</small></p> <p>**PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE</p> | <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="margin-left: 40px;">➤ 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> |

| | |
|---|--|
| <p>2. ORAL MEDICATION: <input type="checkbox"/> Diphenhydramine</p> <p>Preparation/Concentration: _____ Route _____</p> <p>Select the most appropriate option for this student:</p> <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 ** <p><input type="checkbox"/> I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events _____ <small style="margin-left: 250px;">practitioner's initials</small></p> <p>**PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE</p> | <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: _____ q <input type="checkbox"/> 4 hours or <input type="checkbox"/> 6 hours as needed (specify)</p> <p>If no improvement, indicate instructions:</p> |
|---|--|

| | |
|--|--|
| <p>3. ORAL MEDICATION: _____</p> <p>Preparation/Concentration: _____ Route _____</p> <p>Select the most appropriate option for this student:</p> <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 ** <p><input type="checkbox"/> I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events _____ <small style="margin-left: 250px;">practitioner's initials</small></p> <p>**PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE</p> | <p>PRN Specify signs, symptoms, or situations:</p> <p>Dose: _____ Time interval: q ___ (specify min or hours)</p> <p><u>Conditions under which medication should not be given:</u></p> <p>If no improvement, indicate instructions:</p> |
|--|--|

| | |
|--|--|
| 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) _____ | Medicaid # _____ | NPI # _____ | Date ___/___/____ |

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS