

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
					OSIS Number _____
	School (include name, number, address and borough)			DOE District _____	Grade _____

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 AND/OR</p> <p><input type="checkbox"/> PRN</p> <p>_____ <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>_____</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 AND/OR</p> <p><input type="checkbox"/> PRN</p> <p>_____ <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>_____</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 AND/OR</p> <p><input type="checkbox"/> PRN</p> <p>_____ <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>_____</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

আমি এতদ্বারা আমার ছেলেমেয়ের চিকিৎসকের পরামর্শ অনুযায়ী ঔষধ সংরক্ষণ ও সেবন করানোর এবং একই সাথে ঔষধ প্রয়োগের জন্য প্রয়োজনীয় যন্ত্র সংরক্ষণ ও তা ব্যবহার করে ঔষধ প্রদানের অনুমোদন দিচ্ছি। আমি জানি যে, আমাকে অবশ্যই স্কুলের কাছে ভেন্টোলিন ব্যতীত অন্যান্য ইনহেলারসহ প্রয়োজনীয় সরঞ্জামাদী ও ঔষধ পৌঁছে দিতে হবে যেন তারা তা ব্যবহার করতে পারেন। ঔষধ ফার্মেসি থেকে যে পাত্রে সরবরাহ করা হয় (স্কুলের বাইরে আমার সন্তানের ব্যবহারের জন্য এরকম আরেকটি পাত্র আমাকে সংগ্রহ করতে হবে) তাতে যথোপযুক্ত লেবেল লাগিয়ে দিতে হবে; ব্যবস্থাপত্রে প্রদত্ত ঔষধের লেবেল-এ অবশ্যই শিক্ষার্থীর নাম এবং ফার্মেসির ফোন নম্বর, লাইসেন্সধারী ব্যবস্থাপত্র প্রদানকারীর নাম, তারিখ ও রিফিল সংখ্যা, ঔষধের নাম, ডোজ, কতো ঘন ঘন ঔষধ প্রদান করতে হবে, কিভাবে ঔষধ প্রয়োগ করতে হবে এবং/অথবা অন্যান্য নির্দেশনা; কাউন্টার থেকে ব্যবস্থাপত্র ছাড়া কেনা ঔষধ ও ড্রাগের নমুনা অবশ্যই প্রস্তুতকারকের মূল পাত্রে থাকতে হবে যাতে শিক্ষার্থীর নাম উল্লেখ থাকবে। আমি জানি যে সরবরাহকৃত সকল ঔষধের আসল এবং উন্মুক্ত নয় এমন বাস্তবে সরবরাহ করতে হবে। আমি আরও জানি যে, ব্যবস্থাপত্রে বা উপরে বর্ণিত নির্দেশনায় কোনো পরিবর্তন হলে আমাকে অবশ্যই সাথে সাথে স্কুল নার্সকে জানাতে হবে।

আমি জানি যে কোনো শিক্ষার্থীকেই নিয়ন্ত্রিত ঔষধ বহন করতে বা নিজে নিজে সেবন করতে দেওয়া হবে না।

আমি জানি যে, এই সম্মতি শুধুমাত্র নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব অ্যাডুকেশন (“DOE”) কর্তৃক আয়োজিত গ্রীষ্মকালীন শিক্ষা কর্মসূচির সেশনের শেষ সময় পর্যন্ত; অথবা সেই সময়ের জন্য বৈধ যখন আমি স্কুল নার্সের কাছে আমার সন্তানের স্বাস্থ্য পরিষেবা পরিকল্পনা কর্তৃক ইস্যুকৃত নতুন স্বাস্থ্য বিধান বা নির্দেশিকা সরবরাহ করব (যেটিই আগে হোক না কেন)। এই MAF জমা দিয়ে আমি অনুরোধ করছি যে, আমার সন্তানকে যেন DOE এবং নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ অ্যান্ড মেন্টাল হাইজিন (DOHMH) এর অফিস অব স্কুল হেলথ (OSH) এর মাধ্যমে সুনির্দিষ্ট স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদান করা হয়। আমি জানি যে, এইসব পরিষেবার মধ্যে অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে OSH স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী কর্তৃক চিকিৎসা সংক্রান্ত মূল্যায়ন এবং শারীরিক পরীক্ষা। উপরে অনুরোধকৃত স্বাস্থ্য পরিষেবা সংক্রান্ত বিধানের সম্পূর্ণ নির্দেশনা এই MAF এর অন্তর্ভুক্ত আছে। আমি জানি যে, OSH, তাদের এজেন্টগণ এবং উপরে অনুরোধকৃত স্বাস্থ্য পরিষেবা সংক্রান্ত বিধানের সাথে সংশ্লিষ্ট কর্মচারীরা এই ফরমে প্রদত্ত তথ্যের যথার্থতার উপর নির্ভর করেন। এই ফরমটি যে অনুরোধকৃত পরিষেবা প্রদানের জন্য ডিপার্টমেন্ট বা DOHMH এর কোনো চুক্তি নয়, কিন্তু এটি বরং এসব পরিষেবার জন্য আমার অনুরোধ এবং সম্মতি। এটি যদি নির্ধারিত হয় যে, এইসব পরিষেবার প্রয়োজনীয়তা রয়েছে, সেক্ষেত্রে একজন শিক্ষার্থী সুবিধা পরিকল্পনারও দরকার হতে পারে এবং স্কুল কর্তৃক তা পূরণ করা হবে। আমি জানি যে ডিপার্টমেন্ট, ডিওএইচএমএইচ, DOHMH এবং তাদের কর্মচারী ও এজেন্টগণকে প্রয়োজন মনে করলে আমার সন্তানের শারীরিক অবস্থা, ঔষধ এবং/অথবা চিকিৎসা সংক্রান্ত বিষয়ে আমার সন্তানের চিকিৎসা বা স্বাস্থ্য পরিষেবা পরিকল্পনাকারী এবং/অথবা ফার্মাসিস্টদের সাথে যোগাযোগ, আলোচনা ও বাড়তি তথ্য সংগ্রহ করার অনুমোদন দিচ্ছি।

ঔষধের স্ব-পরিচালনা

: এপিনেফ্রাইন, হাঁপানি ইনহেলার এবং অন্যান্য ঔষধের একটি অনুমোদিত স্ব-পরিচালিত ব্যবহারের জন্য এই অনুচ্ছেদটির সাহায্য নিন।

আমি এতদ্বারা এই মর্মে ঘোষণা দিচ্ছি যে, আমার সন্তান এই ঔষধের স্ব-পরিচালিত ব্যবহার করতে সম্পূর্ণরূপে সক্ষম এবং তাকে এটি করার পূর্ণ নির্দেশনা দেয়া হয়েছে। এছাড়াও আমি আমার সন্তানকে উপরোক্ত চিকিৎসক নির্দেশিত ঔষধ স্কুলে বহন, সংরক্ষণ এবং নিজে নিজে ব্যবহার করার অনুমোদন দিচ্ছি। আমি স্বীকার করছি যে আমি আমার সন্তানকে এ ধরনের ঔষধের পাত্রের গায়ে উপরে প্রদত্ত বর্ণনা অনুযায়ী লেবেল লাগানোর জন্য, আমার সন্তানের পৃথকভাবে প্রত্যেকটির এবং সবগুলোর ব্যবহার নজরদারি করার জন্য, একই সাথে স্কুলে পৃথকভাবে প্রত্যেকটির এবং সবগুলোর এ ধরনের ব্যবহারের ফলে সংঘটিত কোনো অবস্থার জন্য আমি নিজেই দায়বদ্ধ থাকব। আমি জানি যে স্কুল নার্স স্কুলে আমার সন্তানের ঔষধ বহনে সক্ষমতা আছে কি না এবং সে স্কুলে তা দায়িত্বশীলতার সাথে স্ব-পরিচালিত করতে পারবে কি না, তা নিশ্চিত করেন। তদুপরি, আমার সন্তানের কাছে নিজে নিজে সেবন করার ঔষধে যাতে কখনও ঘাটতি না পড়ে, সেজন্য আমি মেডিকেল রুমে রাখার জন্য একটি স্পষ্ট লেবেলযুক্ত বোতলে “মজুদ” ঔষধ দিতে সম্মতি প্রকাশ করছি।

যদি এমন কোনো পরিস্থিতির হয় যেখানে আমার সন্তান এ ধরনের ঔষধ স্ব-প্রয়োগ বা স্ব-পরিচালিত ব্যবহার করতে সাময়িকভাবে অক্ষম তবে সেই ক্ষেত্রে আমি স্কুলের নার্স দ্বারা আমার সন্তানকে এ ধরনের ঔষধ প্রয়োগ এবং/অথবা পরিচালনার সম্মতি জ্ঞাপন করছি।

এখানে স্বাক্ষর করুন

প্রাথমিক	শিক্ষার্থীর নামের শেষ অংশ			নামের প্রথম অংশ	নামের মধ্যাংশ	জন্মতারিখ	স্কুল
প্রাথমিক	পিতামাতা/অভিভাবকের নাম লিখুন			পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর			
	পিতামাতা/অভিভাবকের ঠিকানা			স্বাক্ষর দেওয়ার তারিখ			
	টেলিফোন নম্বরসমূহ	দিনের বেলা	বাড়ি	সেল ফোন			
	পিতামাতা/অভিভাবকের ইমেইল ঠিকানা						
	বিকল্প জরুরি যোগাযোগকারীর নাম			যোগাযোগের টেলিফোন নম্বর			

For OFFICE OF SCHOOL HEALTH (OSH) Only

Received by: Name	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