



استمارة إعطاء دواء نوبات الصرع

استمارة طلب الدواء من المزود | مكتب الصحة المدرسية | للعام الدراسي 2024-2023
يرجى إعادتها إلى ممرضة المدرسة/ المركز الصحي المدرسي. الاستمارات المقدمة بعد يوم 1 يونيو/ حزيران قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد.

الاسم الأخير للتلميذ(ة): _____ الاسم الأول: _____ الأوسط: _____ تاريخ الميلاد: _____

رقم التعريف المدرسي (OSIS): _____ الجنس: ذكر أنثى

المدرسة (ضمن الاسم والرقم والعنوان والحي): _____ المنطقة التعليمية لإدارة التعليم: _____ الصف: _____ الفصل: _____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

Diagnosis/Seizure Type:

- Childhood/juvenile absence Secondary generalized Primary generalized Localization related (focal) epilepsy
 Other (please describe below) Non-convulsive seizures Infantile spasms Myoclonic

Seizure Type	Duration	Frequency	Description	Triggers/Warning Signs/Pre-Ictal Phase

Post-ictal presentation:

Seizure History: Describe history & most recent episode (date, trigger, pattern, duration, treatment, hospitalization, ED visits, etc.):

Status Epilepticus? No Yes Has student had surgery for epilepsy? No Yes - Date: _____

TREATMENT PROTOCOL DURING SCHOOL:

A. In-School Medications

Student Skill Level (select the most appropriate option)

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer
 Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
 Independent Student: student is self-carry/self-administer
 I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events - Practitioner's Initials: _____

Side Effects/Specific Instructions	Frequency or Time	Route	Dose	Concentration/Formulation	Name of Medication

B. Emergency Medication(s) (list in order of administration) [Nurse must administer] ; CALL 911 immediately after administration

Side Effects/Specific Instructions	Administer After	Route	Dose	Concentration/Preparation	Name of Medication
	min				
	min				

C. Does student have a Vagal Nerve Stimulator (VNS)? (any trained adult can administer) No Yes, If YES, describe magnet use:

Swipe magnet immediately within _____ min; if seizure continues, repeat after _____ min _____ times;

Give emergency medication after _____ min and call 911

Activities:

Yes No Adaptive/protective equipment (e.g., helmet) used?
Yes - If YES, please complete the Medical Request for Accommodations Form No Gym/physical activity participation restrictions?

Other: _____

?accommodations requested (e.g., supervision for swimming) 504 Yes (attach form) No

Side Effects/Specific Instructions	Dosage, Route, Directions	Home Medication(s)	<input type="checkbox"/> None

Other special instructions

Health Care Practitioner Last Name: _____ First Name: _____ Signature: _____

(Please Check one: MD DO NP PA)

Address: _____ E-mail address: _____

Tel. No: _____ FAX No: _____ Cell Phone: _____

NYS License No (Required): _____ NPI No: _____ Date: _____

استمارة إعطاء دواء نوبات الصرع

استمارة طلب الدواء من المزود | مكتب الصحة المدرسية | للعام الدراسي 2023-2024

يرجى إعادتها إلى مدرسة/المركز الصحي المدرسي. الاستمارات المقدمة بعد يوم 1 يونيو/ حزيران قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد. الأباء/ أولياء الأمور: أقرؤوا واكملوا ووقعوا هذه الاستمارة. بتوقيعي أدناه، أوافق على ما يلي:

- أوافق على أن يتم تخزين الدواء الخاص بطفلي وإعطائه في المدرسة بناءً على توجيهات ممارس الرعاية الصحية لطفلي. أوافق أيضاً على أن يتم تخزين أية معدات مطلوبة لتقديم دواء طفلي واستخدامها في المدرسة.
- وأنا أدرك أنه:

- يجب أن أعطي ممرض(ة) المدرسة/مقدم الخدمة التابع للمركز الصحي المدرسي (SBHC) الدواء والمعدات الخاصة بطفلي.
- يجب أن تكون جميع الأدوية "التي تصرف بدون وصفة طبية" والتي أعطيها للمدرسة جديدة وغير مفتوحة، وفي القارورة أو العبوة الأصلية. سوف أحصل على دواء آخر ليستخدمه طفلي عندما لا يكون في المدرسة أو في رحلة مدرسية.
- o يجب أن تحمل الأدوية الموصوفة طبياً ملصق الصيدلية الأصلي على القارورة أو العبوة. يجب أن يشتمل الملصق على: (1) اسم طفلي، (2) اسم الصيدلية ورقم هاتفها، و(3) اسم ممارس الرعاية الصحية لطفلي، و(4) التاريخ، و(5) عدد مرات إعادة التعبئة، و(6) اسم الدواء، و(7) الجرعة، و(8) متى يتم تناول الدواء، و(9) كيفية تناول الدواء، و(10) أية إرشادات أخرى.
- يجب أن أخبر ممرض(ة) المدرسة/مقدم الخدمة التابع للمركز الصحي المدرسي (SBHC) فوراً عن أي تغيير في دواء طفلي أو تعليمات ممارس الرعاية الصحية.
- لا يسمح لأي تلميذ(ة) بحمل أو تناول المواد الخاضعة للرقابة بنفسه.
- يعتمد مكتب الصحة المدرسية (OSH) وكلاءه المشاركين في تقديم الخدمة (الخدمات) الصحية المذكورة أعلاه إلى طفلي على دقة المعلومات المقدمة في هذه الاستمارة.
- بتوقيعي على استمارة إعطاء الدواء هذه (MAF)، يمكن لمكتب الصحة المدرسية (OSH) تقديم الخدمات الصحية لطفلي. وأنا أدرك أن هذه الخدمات قد تتضمن تقييماً أكلينيكيّاً أو فحصاً بندياً من طرف ممارس الرعاية الصحية أو الممرضة بمكتب الصحة المدرسية (OSH).
- ينتهي طلب إعطاء الدواء في استمارة (MAF) هذه في نهاية العام الدراسي لطفلي، والذي قد يشمل الحمص الصفية، أو عندما أعطي ممرض(ة) المدرسة/المركز الصحي المدرسي (SBHC) استمارة (MAF) جديدة (أيهما أقرب). عندما تنتهي صلاحية طلب تقديم العلاج هذا، سأقدم لممرضة طفلي المدرسية/مقدم الخدمة التابع للمركز الصحي المدرسي (SBHC) استمارة (MAF) جديدة مكتوبة بواسطة ممارس الرعاية الصحية لطفلي.
- تمثل هذه الاستمارة موافقتي وطلب تقديم خدمات إعطاء الأدوية المذكورة في هذه الاستمارة. وهي لا تمثل اتفاقاً مع مكتب الصحة المدرسية (OSH) لتوفير الخدمات المطلوبة. إذا قرر مكتب الصحة المدرسية (OSH) تقديم هذه الخدمات، قد يحتاج طفلي أيضاً إلى خطة تسهيلات الفقرة 504. ستقوم المدرسة بوضع هذه الخطة.
- قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على أية معلومات أخرى يعتقد أنها ضرورية عن الحالة الطبية لطفلي أو أويته أو علاجه. قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على هذه المعلومات من أي ممارس رعاية صحية أو ممرضة أو صيدلي قدم خدمات صحية لطفلي.
- أفهم أن إدارة أدوية نوبات الصرع الطارئة، بما في ذلك الأدوية التي تؤخذ عن طريق الأنف، لا يمكن إعطاؤها إلا من قبل ممرضة أو مقدم رعاية طبية مرخص آخر وفقاً للوائح ولاية نيويورك.

لتناول الدواء بشكل ذاتي (للأدوية غير الطارئة):

- أقر/ أؤكد أن طفلي قد تلقى تدريباً كاملاً ويمكنه تناول الدواء بنفسه. أوافق على أن يقوم طفلي بحمل وتخزين وتناول الدواء الموصوف على هذه الاستمارة بنفسه في المدرسة. أنا مسؤول عن إعطاء طفلي هذا الدواء في قوارير أو عبوات كما هو موضح أعلاه. أنا أيضاً مسؤول عن مراقبة استخدام طفلي للدواء، وعن جميع نتائج استخدام طفلي لهذا الدواء في المدرسة. ستؤكد ممرضة المدرسة/مقدم الخدمة التابع للمركز الصحي المدرسي (SBHC) قدرة طفلي على حمل الدواء وإعطائه الدواء. كما أوافق على إعطاء دواء "احتياطياً" للمدرسة في قارورة أو عبوة معنونة بوضوح.

ملاحظة: يفضل أن ترسل أدوية ومعدات لطفلك في يوم الرحلة المدرسية والأنشطة المدرسية التي تعقد خارج موقع المدرسة.

الاسم الأخير للتلميذ(ة): _____ الاسم الأول: _____ الأوسط: _____ تاريخ الميلاد: _____

اسم المدرسة/رقمها: _____ الحي: _____ المنطقة التعليمية: _____

عنوان البريد الإلكتروني للوالد(ة)/ولي(ة) الأمر: _____ اسم الوالد(ة)/ولي(ة) الأمر (بخط واضح): _____

تاريخ التوقيع: _____ توقيع الوالد(ة)/ولي(ة) الأمر: _____

عنوان الوالد(ة)/ولي(ة) الأمر: _____

أرقام الهاتف: أثناء النهار: _____ رقم هاتف المنزل/المحمول: _____

طرف اتصال بديل لحالات الطوارئ: _____

الاسم: _____

العلاقة بالتلميذ(ة): _____

رقم الهاتف: _____

For Office of School Health (OSH) Use Only

OSIS Number: _____ Received by - Name: _____ Date: _____

504 IEP Other: _____ Reviewed by - Name: _____ Date: _____

Referred to School 504 Coordinator: Yes No

Services provided by: Nurse/NP OSH Public Health Advisor (for supervised students only) School Based Health Center

Signature and Title (RN OR SMD): _____ Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison: _____

Revisions as per OSH contact with prescribing health care practitioner: Clarified Modified

No debe enviarse información confidencial por correo electrónico.