



استمارة إعطاء أدوية الحساسية/ الحساسية المفرطة

استمارة طلب الدواء من المزود | مكتب الصحة المدرسية | للعام الدراسي 2021-2022
يرجى إعادة الاستمارة إلى ممرض(ة) المدرسة. الاستمارات المقدمة بعد يوم 1 يونيو/ حزيران قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد

الاسم الأخير للتلميذ(ة): _____ الاسم الأول: _____ الأوساط: _____ تاريخ الميلاد: _____
الجنس: ذكر أنثى رقم التعريف المدرسي (OSIS): _____ الوزن: _____
المدرسة (ضمّن الاسم والرقم والعنوان والحي): _____
المنطقة التعليمية لإدارة التعليم: _____ الصف: _____ الفصل: _____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW / يرجى من ممارس الرعاية الصحية إكمال الجزء أدناه

Specify Allergies: Allergy to: _____ Allergy to: _____ Allergy to: _____ Allergy to: _____
History of asthma? Yes (If yes, student has an increased risk for a severe reaction; complete the Asthma MAF for this student) No
History of anaphylaxis? Yes Date: _____ No
If yes, system affected Respiratory Skin GI Cardiovascular Neurologic
Treatment: _____ Date: _____
Does this student have the ability to: Self-Manage (See 'Student Skill Level' below) Yes No
Recognize signs of allergic reactions Yes No
Recognize and avoid allergens independently Yes No

Select In-School Medications

SEVERE REACTION

A. Immediately administer epinephrine ordered below, then call 911.

0.15 mg 0.3 mg

Give intramuscularly in the anterolateral thigh for any of the following signs/symptoms (retractable devices preferred) :

- Shortness of breath, wheezing, or coughing
- Fainting or dizziness
- Lip or tongue swelling that bothers breathing
- Pale or bluish skin color
- Tight or hoarse throat
- Vomiting or diarrhea (if severe or combined with other symptoms)
- Weak pulse
- Trouble breathing or swallowing
- Feeling of doom, confusion, altered consciousness or agitation
- Many hives or redness over body

Other: _____

If this box is checked, child has an extremely severe allergy to an insect sting or the following food(s): _____

Even if child has MILD signs/symptoms after a sting or eating these foods, give epinephrine.

B. If no improvement, or if signs/symptoms recur, repeat in _____ minutes for maximum of _____ times (not to exceed a total of 3 doses)

If this box is checked, give antihistamine after epinephrine administration (order antihistamine below)

Student Skill Level (select the most appropriate option):

- Nurse-Dependent Student: nurse/nurse trained staff 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: _____

MILD REACTION

A. Give antihistamine: Name: _____ Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ Route: _____

Frequency: Q4 hours or Q6 hours as needed for any of the following signs/symptoms:

- Itchy nose, sneezing, itchy mouth
- A few hives or mildly itchy skin
- Mild stomach nausea or discomfort
- Other: _____

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: _____

OTHER MEDICATION

• Give Name: _____ Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ Route: _____

Frequency: Q _____ minutes hours as needed

Specify signs, symptoms, or situations: _____

If no improvement, indicate instructions: _____

Conditions under which medication should not be given: _____

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: _____

Home Medications (include over the counter) None

Health Care Practitioner

Last Name (Print): _____ First Name (Print): _____ Signature: _____

NYS License # (Required): _____ NPI #: _____ Please check one: MD DO NP PA Date: _____

Address: _____ E-mail address: _____

Tel: _____ FAX: _____ Cell Phone: _____

استمارة إعطاء أدوية الحساسية/ الحساسية المفرطة
استمارة طلب الدواء من المزود | مكتب الصحة المدرسية | للعام الدراسي 2021-2022
يرجى إعادة الاستمارة إلى ممرض(ة) المدرسة. الاستمارات المقدمة بعد يوم 1 يونيو/ حزيران قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد

الآباء/ أولياء الأمور: أقرؤوا واطمئنا 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.
1. وأنا أدرك أنه:

- يجب أن أعطي ممرضة المدرسة الدواء والمعدات الخاصة بطفلي. سأحاول إعطاء الأفيال إيبينفرين (epinephrine pens) للمدرسة مع إبر قابلة للسحب.
- يجب أن تكون جميع الأدوية "التي تصرف بدون وصفة طبية" والتي أعطيها للمدرسة جديدة وغير مفتوحة، وفي القارورة أو العبوة الأصلية. سوف أقدم للمدرسة بالأدوية الحالية الصالحة لاستخدام طفلي أثناء أيام الدراسة.
- يجب أن تحمل الأدوية الموصوفة طبياً ملصق الصيدلية الأصلي على القارورة أو العبوة. يجب أن يشمل الملصق على: (1) اسم طفلي، و(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.
- أقر/ أؤكد بموجبه بأنني تشاورت مع مقدم الرعاية الطبية لطفلي وأنا صريح لمكتب الصحة المدرسية (OSH) بإعطاء الدواء المخزون في حالة عدم توفر دواء الربو أو إيبينفرين الموصوف لطفلي.
- يجب أن أخبر ممرض(ة) المدرسة فوراً عن أي تغيير في دواء طفلي أو تعليمات ممارس الرعاية الصحية.
- يعتمد مكتب الصحة المدرسية (OSH) ووكلاءه المشاركين في تقديم الخدمة (الخدمات) الصحية المذكورة أعلاه إلى طفلي على دقة المعلومات المقدمة في هذه الاستمارة.
- بتوقيعي على استمارة إعطاء الدواء هذه (MAF)، فإنني أمتنع موافقتي لمكتب الصحة المدرسية (OSH) على تقديم الخدمات الصحية لطفلي. وأنا أدرك أن هذه الخدمات قد تتضمن تقييماً اكلينيكيًا أو فحصاً بدنياً من طرف ممارس الرعاية الصحية أو الممرض(ة) بمكتب الصحة المدرسية (OSH).
- ينتهي طلب إعطاء الدواء في استمارة (MAF) هذه في نهاية العام الدراسي لطفلي، والذي قد يشمل الحصى الصيفية، أو عندما أعطي ممرضة المدرسة استمارة (MAF) جديدة (أيها أقرب). عندما تنتهي صلاحية أمر الدواء هذا، سأقدم لممرضة طفلي المدرسية استمارة (MAF) جديدة مكتوبة بواسطة ممارس الرعاية الصحية لطفلي. لن يحتاج مكتب الصحة المدرسية (OSH) لتوقيعي لكتابة استمارات إعطاء الدواء (MAFs) المستقبلية.
- تمثل هذه الاستمارة موافقتي وطلب تقديم خدمات الحساسية 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 لتسهيلات التلميذ. ستقوم المدرسة بوضع هذه الخطة.
- لغرض تقديم الرعاية أو العلاج لطفلي، قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على أية معلومات أخرى يعتقد أنها ضرورية عن الحالة الطبية لطفلي أو أدويته أو علاجه. قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على هذه المعلومات من أي ممارس رعاية صحية أو ممرضة أو صيدلي قدم خدمات صحية لطفلي.

أخذ الدواء بشكل ذاتي (للتلاميذ المستقلين فقط):

- 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 قدرة طفلي على حمل الدواء وتناوله بنفسه. كما أوافق على إعطاء دواء "احتياطياً" للمدرسة في قارورة أو عبوة معونة بوضوح.
- أوافق على قيام ممرضة المدرسة أو طاقم المدرسة المدرّب بإعطاء طفلي الدواء إذا كان طفلي غير قادر مؤقتاً على حمل الدواء أو تناوله بنفسه.
- ملاحظة: إذا قررت استخدام الدواء المخزون، يجب عليك إرسال عيار إيبينفرين (epinephrine) الخاص بطفلك، وجهاز الاستنشاق للربو والأدوية الأخرى المسموح له بتناولها ذاتياً مع طفلك في يوم الرحلة المدرسية و/ أو برامج ما بعد الدوام المدرسي ليكون متوفراً معه. تستخدم الأدوية المخزونة فقط من قبل موظفي مكتب الصحة المدرسية (OSH) في المدرسة فقط.

الاسم الأخير للتلميذ(ة): _____ الاسم الأول: _____ الأوسط: _____ تاريخ الميلاد: _____
المدرسة (رقم DBN /ATS /الاسم): _____ الحي: _____ المنطقة التعليمية: _____
اسم الوالد(ة) / ولي(ة) الأمر (بخط واضح): _____ عنوان البريد الإلكتروني للوالد(ة) / ولي(ة) الأمر: _____
توقيع الوالد(ة) / ولي(ة) الأمر: _____ تاريخ التوقيع: _____
عنوان الوالد(ة) / ولي(ة) الأمر: _____ هاتف آخر: _____
رقم الهاتف المحمول للوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر: _____
الاسم والعلاقة لطرف الاتصال الآخر: _____
رقم هاتف طرف الاتصال الآخر: _____

لاستخدام مكتب الصحة المدرسية (OSH) فقط / 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 per Office of School Health after consultation with prescribing practitioner: Clarified Modified

Confidential information should not be sent by email

FOR PRINT USE ONLY