



FORMULAIRE D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS EN CAS D'ANAPHYLAXIE/D'ALLERGIES

Formulaire d'ordonnance médicale du prestataire | Bureau de la santé scolaire | Année scolaire 2021-2022

À retourner à l'infirmière scolaire. Les formulaires soumis après le 1^{er} juin peuvent retarder leur traitement pour la nouvelle année scolaire

Nom de famille de l'élève : _____ Prénom : _____ Initiale _____ Date de naissance : _____
Sexe : Masculin Féminin Numéro OSIS : _____ Poids : _____
École (nom, numéro, adresse et borough) : _____
District du DOE : _____ Grade : _____ Classe : _____

PARTIE À COMPLÉTER PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ (HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW)

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
 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: _____

FORMULAIRE D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS EN CAS D'ANAPHYLAXIE/D'ALLERGIES

Formulaire d'ordonnance médicale du prestataire | Bureau de la santé scolaire | Année scolaire 2021-2022

À retourner à l'infirmière scolaire. Les formulaires soumis après le 1^{er} juin peuvent retarder leur traitement pour la nouvelle année scolaire

PARENTS/TUTEURS/TUTRICES : LISEZ, COMPLÉTEZ ET SIGNEZ. EN SIGNANT CI-DESSOUS, J'ACCEPTÉ CE QUI SUIT :

- Je consens à ce que les médicaments de mon enfant soient conservés et administrés à l'école selon les instructions de son médecin. Je consens également à ce que tout équipement nécessaire aux médicaments de mon enfant soit conservé et utilisé à l'école.
- Je comprends que :
 - Je dois donner à l'infirmière scolaire les médicaments de mon enfant et l'équipement nécessaire. Je donnerai à l'école les stylos auto-injecteurs d'adrénaline (épinéphrine) avec aiguilles rétractables.
 - Tous les médicaments prescrits et « en vente libre » que je remets à l'école doivent être neufs, non ouverts et dans leur emballage ou flacon d'origine. Je donnerai à l'école les médicaments actuels et non périmés pour l'usage de mon enfant pendant les jours de classe.**
 - La boîte ou le flacon des médicaments prescrits doivent porter l'étiquette d'origine de la pharmacie. L'étiquette doit indiquer : 1) le nom de mon enfant, 2) le nom et le numéro de téléphone de la pharmacie, 3) le nom du médecin de mon enfant, 4) la date, 5) le nombre de renouvellements, 6) le nom du médicament, 7) la posologie, 8) quand prendre le médicament, 9) le mode d'administration du médicament et 10) toute autre instruction.
 - Je déclare/j'atteste avoir consulté le médecin de mon enfant et je consens à ce que le Bureau de la santé scolaire (Office of School Health - OSH) administre le médicament de mon enfant conservé en réserve si l'auto-injecteur d'adrénaline (épinéphrine) ou le médicament prescrit pour contrôler son asthme ne sont pas disponibles.
 - Je dois **immédiatement** informer l'infirmière de l'école de tout changement concernant le médicament de mon enfant ou les instructions de son médecin.
 - L'OSH et son personnel qui participent à l'administration des services de santé dispensés à mon enfant et indiqués ci-dessus se fient à l'exactitude des informations de ce formulaire.
 - En signant ce formulaire d'administration de médicaments (Medication Administration Form - MAF), j'autorise l'OSH à prodiguer des soins médicaux à mon enfant. Ces services peuvent comprendre une évaluation clinique et un examen médical par un professionnel de santé ou une infirmière de l'OSH.
 - L'ordonnance médicale contenue dans ce MAF expire à la fin de l'année scolaire de mon enfant, ce qui peut inclure la session d'été, ou lorsque je donne un nouveau MAF à l'infirmière de l'école (selon l'événement survenant en premier). Lorsque l'ordonnance médicale arrivera à expiration, je donnerai à l'infirmière de l'école de mon enfant un nouveau MAF rempli par le médecin de mon enfant. L'OSH n'aura pas besoin de ma signature pour rédiger de nouveaux MAF.
 - Ce formulaire représente mon consentement et ma demande pour que les services indiqués ici soient prodigués en cas de réaction allergique. Cela ne constitue pas un accord de l'OSH pour l'administration des services demandés. Si l'OSH décide de dispenser ces services, mon enfant peut également avoir besoin d'un plan d'aménagement scolaire. Ce plan sera mis en place par l'école.
 - Afin de dispenser des soins ou un traitement à mon enfant, l'OSH peut obtenir toute autre information qu'il estime être nécessaire concernant l'état de santé, les médicaments ou le traitement de mon enfant. L'OSH peut obtenir ces informations auprès des professionnels de santé, des infirmières ou des pharmaciens ayant dispensé des services de santé à mon enfant.

AUTOADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS (UNIQUEMENT POUR LES ÉLÈVES AUTONOMES) :

- Je déclare/j'atteste que mon enfant est pleinement formé(e) et qu'il ou elle peut prendre son médicament en toute autonomie. Je consens à ce que mon enfant transporte, conserve et s'administre à l'école en toute autonomie le médicament prescrit sur ce formulaire. Je suis responsable de donner à mon enfant ces médicaments dans leurs boîtes ou flacons, comme décrit ci-dessus. Je suis également responsable de la surveillance de la prise de médicaments par mon enfant et de toutes les conséquences de l'utilisation de ce médicament par mon enfant à l'école. L'infirmière scolaire attestera de l'aptitude de mon enfant à transporter le médicament et à se l'administrer. Je consens également à donner à l'école un médicament « de secours » dans une boîte ou un flacon dont l'étiquette est lisible.
- J'accepte que l'infirmière de l'école ou tout membre du personnel scolaire formé administre de l'adrénaline à mon enfant s'il ou si elle est temporairement incapable de le transporter et de se l'administrer.

REMARQUE : si vous décidez d'utiliser les médicaments en réserve, vous devez fournir à votre enfant le stylo auto-injecteur d'adrénaline (épinéphrine), un inhalateur contre l'asthme et les autres médicaments approuvés et autoadministrés lors de sorties scolaires et/ou de programmes après l'école pour les avoir à portée de main. Les médicaments en réserve sont uniquement pour l'usage du personnel de l'OSH à l'école.

Nom de famille de l'élève : _____ Prénom : _____ Initiale : _____ Date de naissance : _____

École (nom/ATS DBN) : _____ Borough : _____ District : _____

Nom du parent/tuteur/de la tutrice (majuscules) : _____ E-mail du parent/tuteur/de la tutrice : _____

Signature du parent/tuteur/de la tutrice : _____ Date de signature : _____

Adresse du parent/tuteur/de la tutrice : _____

Téléphone portable du parent/tuteur/de la tutrice : _____ Autre téléphone _____

Autre personne à contacter en cas d'urgence/liens : _____

Téléphone de l'autre personne à contacter en cas d'urgence : _____

Réservé à l'usage du Bureau de la santé scolaire (OSH) / (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

FOR PRINT USE ONLY

Confidential information should not be sent by email