



Прикрепить
фотографию
учащегося

ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКИХ/ПРОТИВОАНАФИЛАКТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | 2021-2022 уч.г.

Вернуть школьной медсестре. Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

Фамилия ребенка: _____ Имя: _____ Среднее имя _____ Дата рождения: _____

Пол: мужской женский Номер учащегося (OSIS): _____ Вес: _____

Школа (название, номер, адрес и район): _____

Школьный округ DOE: _____ Уч. уровень: _____ Класс: _____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW / ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ РЕБЕНКА

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
- Pale or bluish skin color
- Weak pulse
- Many hives or redness over body
- Fainting or dizziness
- Tight or hoarse throat
- Trouble breathing or swallowing
- Lip or tongue swelling that bothers breathing
- Vomiting or diarrhea (if severe or combined with other symptoms)
- 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: _____

ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКИХ/ПРОТИВОАНАФИЛАКТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | 2021-2022 уч.г.

Вернуть школьной медсестре. Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

ВНИМАНИЮ РОДИТЕЛЕЙ И ОПЕКУНОВ! ПРОЧИТАЙТЕ, ЗАПОЛНИТЕ И ПОДПИШИТЕ. Я, НИЖЕПОДПИСАВШИЙСЯ, ВЫРАЖАЮ СОГЛАСИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЕ:

1. Я даю согласие на хранение и выдачу ребенку в школе лекарства в соответствии с предписаниями его лечащего врача. Я также даю согласие на хранение и применение в школе необходимых средств для введения лекарственного препарата.
2. Я понимаю, что
 - Мне требуется обеспечить школьную медсестру лекарственным препаратом и необходимыми средствами для его введения. Предпринять усилия, чтобы обеспечить школу автоинъектором с эпинефрином (с убирающейся иглой).
 - **Все предоставляемые школе рецептурные и безрецептурные лекарственные препараты должны быть новыми, в запечатанной фабричной или аптечной упаковке. Я обеспечу школу непросроченным, назначенным на текущее время лекарством для его приема ребенком в течение учебного дня.**
 - o Рецептурный препарат должен быть в упаковке с аптечной этикеткой, на которой должны быть указаны 1) имя и фамилия ребенка, 2) название и телефон аптеки, 3) имя и фамилия врача ребенка, 4) дата, 5) число повторных заказов, 6) название препарата, 7) доза, 8) время приема, 9) способ применения и 10) другие инструкции.
 - Настоящим подтверждаю, что по согласованию с лечащим врачом ребенка я разрешаю Отделу школьного здравоохранения (OSH) применять имеющиеся в школе средства в случае отсутствия у ребенка собственных противоаллергических лекарств/эпинефрина.
 - Я обязан(а) **незамедлительно** уведомлять школьную медсестру обо всех изменениях в лекарственных препаратах ребенка или инструкциях его лечащего врача.
 - Сотрудники OSH и его представители, ответственные за предоставление ребенку вышеуказанной услуги/услуг, руководствуются информацией, представленной в данной форме.
 - Подписывая этот запрос на выдачу лекарств (Medication Administration Form, MAF), я даю Отделу школьного здравоохранения (OSH) согласие на предоставление ребенку медицинских услуг. Эти услуги могут включать, в частности, клиническую оценку и медицинский осмотр, проводимые врачом или медсестрой OSH.
 - Врачебное предписание в этом запросе MAF истекает в конце учебного года, который может включать летние занятия, или по представлении мной новой формы MAF школьной медсестре (в зависимости от того, что наступит ранее). По истечении этого врачебного предписания я представляю школьной медсестре новую форму MAF, заполненную лечащим врачом ребенка. В дальнейшем Отделу школьного здравоохранения не понадобится моя подпись для оформления MAF.
 - Данная форма представляет собой мое согласие и запрос на предоставление ребенку описанных в ней противоаллергических услуг. Она не является договором с OSH об оказании запрашиваемых услуг. В случае согласия OSH на предоставление этих услуг, ребенку также потребуется План адаптации (Student Accommodation Plan), который оформляется школой.
 - В целях предоставления медицинских услуг или лечения ребенка я разрешаю OSH обращаться за необходимой информацией о состоянии его здоровья, лекарствах и/или лечении к врачам, медсестрам и фармацевтам, предоставляющим ребенку медицинские услуги.

САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

- Настоящим заявляю/подтверждаю, что ребенок прошел обучение и может принимать лекарство самостоятельно. Я также разрешаю ребенку иметь при себе, хранить и самостоятельно принимать в школе указанное в форме лекарство. Я несу ответственность за предоставление ребенку лекарственных средств в упаковке, как описано выше. Я также несу ответственность за контроль приема лекарства ребенком, а также за все последствия приема этого препарата в школе. Школьная медсестра удостоверяет способность ребенка иметь при себе и самостоятельно принимать препарат. Я даю согласие на предоставление запасного лекарства в упаковке с разборчивой этикеткой для хранения в школе.
- Я разрешаю школьной медсестре или прошедшим подготовку сотрудникам школы обеспечивать прием ребенком эпинефрина в случае временной утраты им способности хранить и принимать этот препарат самостоятельно.

ПРИМЕЧАНИЕ. В случае выбора в пользу имеющихся в школе лекарственных средств (stock medication), в дни школьных экскурсий и/или послешкольных программ вы должны обеспечить ребенка автоинъектором с эпинефрином (адреналином), противоастматическим ингалятором и другими утвержденными для самостоятельного приема лекарствами. Имеющиеся в школе препараты предназначены только для применения сотрудниками OSH в школе.

Сведения об учащемся.

Фамилия: _____ Имя: _____ Ср. имя _____ Дата рождения: _____

Сведения о школе (Номер DBN/название в ATS): _____ Район: _____ Шк. округ: _____

Сведения о родителе/опекуне. Имя и фамилия (печатными буквами): _____ Имейл: _____

Подпись родителя/опекуна: _____ Дата подписания: _____

Адрес родителя/опекуна: _____

Мобильный телефон родителя/опекуна: _____ Другой телефон _____

Другое контактное лицо для срочной связи/Родство с учащимся: _____

Др. телефон для срочной связи: _____

For Office of School Health (OSH) Use Only / Для служебных отметок OSH

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