

Attach student photo here

ALLERGIES/ANAPHYLAXIS MEDICATION ADMINISTRATION FORM

Provider Medication Order Form | Office of School Health | School Year 2018-2019

DUE: JULY 15th. Forms submitted after July 15th may delay processing for new school year

Student Last Name	First Name	Middle	Date of birth ____/____/____ MM DD YYYY	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female
OSIS Number _____		Weight _____ kg			
School (include name, number, address and borough)			DOE District	Grade	Class

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

Specify Allergy	Specify Allergy	Specify Allergy
<input type="checkbox"/> Allergy to	<input type="checkbox"/> Allergy to	<input type="checkbox"/> Allergy to
History of asthma? <input type="checkbox"/> Yes (If yes, student has an increased risk for a severe reaction) <input type="checkbox"/> No	Does this student have the ability to:	
History of anaphylaxis? <input type="checkbox"/> Yes Date ____/____/____ <input type="checkbox"/> No	Self-Manage (See 'Student Skill Level' below) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
If yes, system affected <input type="checkbox"/> Respiratory <input type="checkbox"/> Skin <input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Neurologic	Recognize signs of allergic reactions <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Treatment Date ____/____/____	Recognize/avoid allergens independently <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
History of allergy testing? <input type="checkbox"/> Yes (attach copy of results) Date ____/____/____ <input type="checkbox"/> No	Comments:	

Select In School Medications

1. SEVERE REACTION

- **CALL 911**, Immediately administer:
- Epinephrine** Auto-Injector 0.15 mg
- Epinephrine** Auto-Injector 0.3 mg (retractable devices preferred) intramuscularly into the anterolateral of thigh for the following symptoms:
 - 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 symptoms after a sting or eating these foods, **give epinephrine.**
- If no improvement, or if symptoms recur, repeat in _____ minutes for maximum of _____ times (not to exceed a total of 3 doses)

Student Skill Level (select the most appropriate option) <input type="checkbox"/> Dependent Student: nurse/nurse-trained staff must administer <input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry/self-administer	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> Practitioner's Initials	I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/fieldtrips/school sponsored events.
---	---	---

2. MILD REACTION:

- Give antihistamine: Name: _____ Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ Route: _____
Frequency: Q4 hours or Q6 hours as needed for the following symptoms:
 - Itchy nose, sneezing, itchy mouth
 - A few hives
 - Mild stomach nausea or discomfort
 - Other: _____
- If symptoms of severe allergy/anaphylaxis develop, use epinephrine.

Student Skill Level (select the most appropriate option) <input type="checkbox"/> Dependent Student: nurse must administer <input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry/self-administer	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> Practitioner's Initials	I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/fieldtrips/school sponsored events.
---	---	---

3. OTHER MEDICATION (e.g., inhaler/bronchodilator if child has asthma):

- 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) <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer <input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry/self-administer	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> Practitioner's Initials	I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/fieldtrips/school sponsored events.
---	---	---

Home Medications (include over-the counter)

Health Care Practitioner Name LAST (Please Print)	FIRST	Signature	Date ____/____/____
Address		Tel. (____) ____-____	Fax. (____) ____-____
NYS License # (Required)	NPI #		

FORMULAIRE POUR L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENT EN CAS D'ALLERGIE OU DE RÉACTION ANAPHYLACTIQUE

Formulaire de prescription médicale du prestataire—Bureau de la Santé Scolaire—Année scolaire 2018-2019

DATE LIMITE DE DÉPÔT : 15 JUILLET. Les formulaires présentés après le 15 juillet pourraient causer du retard dans leur traitement pour la nouvelle année scolaire.

PARENTS/TUTEURS RENSEIGNEZ LES RUBRIQUES CI-APRÈS

En apposant ma signature ci-dessous, j'approuve ce qui suit :

- Je consens à ce que les médicaments de mon enfant soient gardés et lui soient administrés dans l'établissement selon les instructions de son médecin. Je consens également à ce que tout équipement qui serait nécessaire à l'administration des médicaments de mon enfant soit gardé et utilisé dans l'établissement.
- Je sais que :
 - Je dois donner à l'infirmier(ère) de l'école les médicaments de mon enfant ainsi que l'appareil pour leur administration. Je ferai de mon mieux pour donner à l'école les stylos d'épinéphrine joints aux seringues retractables.
 - Tous les médicaments prescrits ou en vente libre que je remets à l'école doivent être nouvellement achetés et non-entamés dans l'emballage que je les ai achetés.** J'achèterai un autre médicament pour que mon enfant prenne lorsqu'il n'est pas en classe ou lorsqu'il va en sortie scolaire.
 - Il faut qu'il y ait sur la boîte ou le flacon des médicaments prescrits l'étiquette de la pharmacie où vous les avez achetés. Il sera inscrit sur l'étiquette : 1) le nom de mon enfant, 2) le nom de la pharmacie et son numéro de téléphone, 3) le nom du médecin de mon enfant, 4) la date 5) le nombre de renouvellement de l'ordonnance, 6) le nom du médicament, 7) la posologie, 8) quand prendre le médicament, 9) le mode d'administration du médicament et 10) toutes autres instructions.
 - Je dois tout de suite dire à l'infirmier(ère) de l'école tout changement ayant trait au médicament de mon enfant ou aux instructions de son médecin.
 - Le Bureau de la santé scolaire (OSH) et le personnel de ce bureau offrant des soins à mon enfant s'en tiennent à l'exactitude des informations portées sur ce formulaire.
 - En signant ce formulaire pour l'administration de médicament (MAF), l'OSH peut fournir des soins médicaux à mon enfant. Au nombre de ces services on peut inclure une évaluation clinique et un examen médical par un professionnel de santé ou un infirmier de l'OSH.
 - L'ordonnance sur ce MAF expire à la fin de l'année scolaire de mon enfant, période où l'on peut inclure la session d'été, ou la date sur le nouveau MAF remis à l'infirmier de l'école quand je lui en donne un (selon l'évènement survenant le premier).
 - Ce formulaire fait état de mon consentement et ma requête pour que les services inscrits sur le dit formulaire soient offerts en cas de réaction allergique. Il ne s'agit pas de l'acquiescement de l'OSH pour l'administration des services demandés. Si l'OSH se décide à les administrer, il se peut qu'il faut également à mon enfant un Plan scolaire d'aménagements. L'établissement scolaire mettra au point ce plan.
 - L'OSH est en droit d'obtenir toute autre information qu'il estime être nécessaire relative aux problèmes de santé, médicaments ou au traitement de mon enfant. Il peut recueillir ces informations de tout professionnel de la santé, d'infirmier, ou de pharmacien ayant offert des services à mon enfant.
 - Si l'infirmier(ère) de l'école n'est pas disponible, il se peut que l'école me contacte pour me demander de m'y rendre pour donner les médicaments à mon enfant.

PRISE DE MÉDICAMENT(S) AUTONOME :

- Je déclare/j'atteste que j'ai dûment appris à mon enfant comment prendre son médicament. Je consens à ce que mon enfant porte dans son cartable à l'école le médicament qui lui a été prescrit sur ce formulaire, qu'il le conserve et se l'administre. J'ai la responsabilité de donner à mon enfant ce médicament mis en flacon ou boîte comme décrit plus haut. Je dois également faire un suivi de l'utilisation du médicament, et de toutes les réactions qui surviennent après que mon enfant ait utilisé ce médicament à l'école. L'infirmier(ère) attestera de l'aptitude de mon enfant à conserver son médicament et se l'administrer. Je consens également à donner à l'école un autre flacon ou autre boîte muni(e) d'une étiquette bien lisible du médicament au cas où l'autre donné(e) préalablement ferait défaut.
- En outre, j'accepte que l'infirmier(ère) de l'école ou tout membre du personnel ayant eu la formation requise administre le médicament à mon enfant s'il ne peut pas à ce moment-là le faire lui-même.
- Je déclare/j'atteste avoir consulté le professionnel de santé ou médecin de mon enfant et je consens à ce que l'OSH administre le médicament de mon enfant conservé en réserve au cas où le stylo d'épinéphrine ou le médicament prescrit pour contrôler l'asthme de mon enfant ferait défaut.

NOTE : Si vous prenez la décision d'utiliser les médicaments et matériel conservés en réserve, il va falloir que vous donniez à votre enfant son stylo d'épinéphrine, un inhalateur en cas de crise d'asthme et tout autre médicament qu'il doit s'administrer lors des journées de sortie scolaire et/ou activités après les heures normales d'école afin qu'il les ait toujours à portée de la main. Seuls les membres du personnel scolaire d'OSH peuvent utiliser les médicaments en réserve.

Nom de l'élève	Prénom	1 ^{er} 2 ^d Prén.	Date de naissance	École
Nom du parent/tuteur en caractères d'imprimerie			Signature du parent/tuteur	
Signé le			Adresse du parent/tuteur de l'élève	
Numéros de téléphone : En journée		Domicile	Tél. portable	
Nom d'une autre personne à contacter en cas d'urgence			Numéro de téléphone de cette autre personne	

For Office of School Health (OSH) Use Only / Réserve à l'usage du personnel d'OSH

OSIS Number:			
Received by: Name	Date	Reviewed by: Name	Date
<input type="checkbox"/> 504	<input type="checkbox"/> IEP	<input type="checkbox"/> Other	Referred to School 504 Coordinator: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Services provided by: <input type="checkbox"/> Nurse/NP		<input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor <i>(For supervised students only)</i>	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Modified <input type="checkbox"/> Not Modified			

*Il est déconseillé d'envoyer des informations confidentielles par courrier électronique