

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
 - 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 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)

- Dependent Student: nurse/nurse-trained staff must administer
- Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
- Independent Student: student is self-carry/self-administer

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)

- Dependent Student: nurse must administer
- Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
- Independent Student: student is self-carry/self-administer

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)

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer
- Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
- Independent Student: student is self-carry/self-administer

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 #		

الرجی / اینافائلیکسس دوائیاں دینے کا فارم

فراہم کنندہ کے لیے دوائیاں آرڈر کرنے کا فارم | اسکول کا دفتر صحت | تعلیمی سال 2018-2019
جمع کرانے کی تاریخ: 15 جولائی 15 جولائی کے بعد جمع کروانے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں
والدین / سرپرست ذیل میں پُر کریں

ذیل میں دستخط کر کے میں متفق ہوں:

- میں اپنے بچے کی دوا اسکول میں محفوظ کیے جانے اور میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت فراہم کنندہ کی ہدایات کے مطابق دیے جانے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں، میرے بچے کی دوا کے لیے درکار کسی بھی آلات کے اسکول میں محفوظ اور استعمال کیے جانے کی بھی اجازت دیتا ہوں۔
- مجھے اسکول نرس کو اپنے بچے کی دوا اور آلات دینے لازمی ہیں۔ میں اسکول کو ایپنیفرین پین اور بازگردانی سونیاں دینے کی کوشش کرونگا۔
تمام نسخے والی اور "کاونٹنر پر ملنے والی" دوائیاں جو میں اسکول کو دونگا وہ نئی، بند، اور اصل بوتل یا ڈبے میں ہونی لازمی ہیں۔ میں اپنے بچے کے استعمال کے لیے ایک اور دوا لے لوں گا جب وہ گھر پر ہو یا اسکول ٹرپ پر ہو،
○ نسخے والی دوا کے ڈبے یا بوتل پر اصل فارمیسی کا لیبل ہونا لازمی ہے۔ لیبل پر شامل ہونا چاہیے: (1) میرے بچے کا نام، (2) فارمیسی کا نام اور فون نمبر، (3) میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کا نام، (4) تاریخ، (5) دوبارہ بھرنے (refill) کی تعداد، (6) دوا کا نام، (7) خوراک، (8) دوا کب لی جائے گی، (9) دوا کس طرح لی جائے گی اور (10) دیگر ہدایات۔
مجھے اپنے بچے کی دوا یا صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات میں کسی بھی تبدیلی سے اسکول نرس کو فوراً آگاہ کرنا لازمی ہے۔
میرے بچے کو مذکورہ بالا صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کرنے میں معاون OSH اور اسکے کارندے اس فارم پر دی گئی معلومات کی درستگی پر انحصار کرتے ہیں۔
اس دوائیاں دینے کا فارم (MAF) پر دستخط کر کے اسکول کا دفتر صحت (OSH) میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کرسکتا ہے۔ ان خدمات میں OSH کے طبی نگہداشت کے پیشہ ور یا نرس کے ذریعے کلینکل تشخیص یا ایک جسمانی امتحان شامل ہو سکتا ہے۔
اس MAF میں دوا کا آرڈر میرے بچے کے تعلیمی سال کے آخر میں ختم ہوجائے گا، جس میں گرما کا سیشن شامل ہو سکتا ہے، یا جب میں اسکول نرس کو ایک نیا MAF فراہم کروں (جو بھی جلد واقع ہو)
یہ فارم میری اجازت اور اس فارم میں بیان کردہ الرجی خدمات کی نمائندگی کرتا ہے۔ یہ OSH کی جانب سے درخواست کردہ خدمات فراہم کیے جانے کا معاہدہ نہیں ہے۔ اگر OSH یہ خدمات فراہم کرنے کا فیصلہ کرے تو میرے بچے کو ایک طلبا کی سہولیات کا منصوبہ بھی درکار ہو سکتا ہے۔ یہ منصوبہ اسکول کے ذریعے مکمل کیا جائے گا۔
OSH دیگر کوئی بھی معلومات حاصل کرسکتا ہے جو انکے خیال میں میرے بچے کی طبی صورت حال، دوا یا علاج کے لیے درکار ہو۔ OSH یہ معلومات کسی بھی طبی نگہداشت کے پیشہ ور، نرس، یا دوا فروش سے حاصل کرسکتا ہے جنہوں نے میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کی ہیں۔
اگر اسکول نرس نہ دستیاب ہو، تو مجھے اپنے بچے کو دوا دینے کے لیے اسکول آنے کا کہا جاسکتا ہے۔

خود سے دوا لینا:

- میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میرا بچہ مکمل تربیت یافتہ ہے اور وہ خود سے دوا لے سکتا / سکتی ہے۔ میں اپنے بچے کو اس فارم پر دی گئی دوا اسکول میں لانے، محفوظ کرنے اور خود سے لینے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں مذکورہ بالا کے مطابق اپنے بچے کو یہ دوا بوتلوں یا ڈبوں میں دینے کا ذمہ دار ہوں۔ میں اپنے بچے کے دوا کے استعمال کرنے، اور اسکول میں میرے بچے کے اس دوا کے استعمال کے نتائج کا بھی ذمہ دار ہوں۔ اسکول نرس میرے بچے کی دوا ساتھ رکھنے اور خود سے لینے کی اہلیت کا فیصلہ کرے گی۔ میں اسکول کو "بیک اپ" دوا ایک واضح لیبل والے ڈبے یا بوتل میں دینے پر بھی رضامند ہوں۔
میں اسکول نرس پر تربیت یافتہ اسکول عملے کو میرے بچے کو دوا دینے کی اجازت دیتا ہوں اگر میرا بچہ عارضی طور پر دوا ساتھ رکھنے اور خود سے لینے سے قاصر ہو۔
میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میں نے اپنے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور کے ساتھ بات کی ہے اور کہ میں OSH کو میرے بچے کی مجوزہ دماے کی دوا یا ایپنیفرین دستیاب نہ ہونے کی صورت میں دوا کے ذخیرہ سے میرے بچے کو دوا دینے کی اجازت دیتا ہوں۔

نوٹ: اگر آپ ذخیرہ استعمال کرنا چاہتے ہیں، آپکو اسکول کے تفریحی دوروں کے ایام اور / یا اسکول بعد پروگرام کے لیے ایپنیفرین، دماہ دم کش (inhaler) اور خود سے لینے والی منظور کردہ ادویات کو اپنے بچے کے ساتھ بھیجنا لازمی ہے تاکہ یہ اس کے لیے دستیاب ہوں۔ اسٹاک ادویات صرف OSH عملے کے ذریعے صرف اسکول میں استعمال کے لیے ہیں۔

طالب علم کا آخری نام	پہلا نام	درمیانی نام کا پہلا حرف	تاریخ پیدائش	اسکول
والدین / سرپرست کا نام جلی حروف میں	والدین سرپرست کی ای میل	والدین / سرپرست کا پتہ	والدین / سرپرست کے دستخط	
دستخط کی تاریخ	گھر	سیل فون		
بنگامی صورت میں متبادل رابطہ فرد کا نام	رابطے کا ٹیلیفون نمبر			

For Office of School Health (OSH) Use Only / صرف اسکول کا دفتر صحت (OSH) عملے کے استعمال کے لیے

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 <input type="checkbox"/> School Based Health Center (For supervised students only)	
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	

* رازداری کی معلومات کو ای میل ذریعے نہیں بھیجا جانا چاہیے