

التلميذ(ة) الاسم الأخير	الاسم الأول	الأوسط	تاريخ الميلاد ____/____/____ الشهر اليوم السنة	ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>
رقم التعريف المدرسي للتلميذ(ة)	الوزن (كغ)	المنطقة التعليمية لإدارة التعليم		
المدرسة (بما في ذلك الاسم، والرقم، والعنوان، والحي)				
الفصل				

### 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	History of anaphylaxis? <input type="checkbox"/> Yes Date ____/____/____ <input type="checkbox"/> No	Does this student have the ability to:
If yes, system affected <input type="checkbox"/> Respiratory <input type="checkbox"/> Skin <input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Neurologic	Treatment Date ____/____/____	Self-Manage (See 'Student Skill Level' below) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		Recognize signs of allergic reactions <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		Recognize/avoid allergens independently <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

### Select In School Medications

#### 1. 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 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 symptoms after a sting or eating these foods, **give epinephrine**.

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

C. 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 for school/fieldtrips/school sponsored events.*

Practitioner's  
Initials

#### 2. MILD REACTION

A. Give antihistamine: Name: \_\_\_\_\_ Preparation/Concentration: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Route: \_\_\_\_\_

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

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

B. If symptoms of severe allergy/anaphylaxis develop, or if more than one symptom from each system is present, use epinephrine and call 911.

##### 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 for school/fieldtrips/school sponsored events.*

Practitioner's  
Initials

#### 3. 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 for school/fieldtrips/school sponsored events.*

Practitioner's  
Initials

### Home Medications (include over-the-counter)

Health Care Practitioner Name LAST (Please print and circle one: MD, DO, NP, PA)	FIRST	Signature	Date ____/____/____
Address			
NYS License # (Required)	NPI #	Tel. (____)____-____	Fax. (____)____-____

## استمارة إعطاء أدوية الحساسية/ الحساسية المفرطة

استمارة طلب الأدوية من مقدم الخدمة | مكتب الصحة المدرسية | للعام الدراسي 2021-2020  
المرجو إعادتها إلى ممرضة المدرسة. إرسال الاستمارات بعد 1 يونيو/ حزيران، قد يؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد.  
الأباء/ أولياء الأمور، يرجى تعبئة القسم أدناه

### بتوقيعكم أدناه، فأنتم توافقون على ما يلي:

- أوافق على تخزين أدوية طفلي وإعطائها في المدرسة بناءً على توجيهات ممارس الرعاية الصحية لطفلي. أوافق أيضاً على تخزين أي معدات مطلوبة لأدوية طفلي واستخدامها في المدرسة.
- وأنا أدرك أنه:
  - يجب أن أعطي ممرضة المدرسة أدوية ومعدات طفلي. سأحاول أن أعطي أقلام إبينيفرين (epinephrine) للمدرسة مع إبر قابلة للسحب.
  - يجب أن تكون جميع الوصفات الطبية والأدوية "التي لا تستلزم وصفة طبية" التي أعطيها للمدرسة جديدة وغير مفتوحة، وفي العبوة أو العبوة الأصلية. سوف أقوم بتزويد المدرسة بأدوية حديثة لم تنته صلاحيتها استخدامها لطفلي خلال أيام المدرسة.
  - يجب أن يحمل الدواء الموصوف ملصق الصيدلية الأصلي على العبوة أو العبوة. يجب أن يتضمن الملصق ما يلي: (1) اسم طفلي، (2) اسم الصيدلية ورقم الهاتف، (3) اسم طبيب الرعاية الصحية لطفلي، و (4) التاريخ، و (5) عدد مرات إعادة التعبئة، و (6) اسم الدواء، و (7) الجرعة، و (8) متى يجب تناول الدواء، و (9) كيفية تناول الدواء، و (10) أي إرشادات أخرى.
  - أشهد/ أؤكد أنني تشاورت مع ممارس الرعاية الصحية لطفلي وأوافق على إعطاء مكتب الصحة المدرسية (OSH) لطفلي أدوية مخزونة في حالة عدم توفر أدوية الربو أو إبينيفرين (epinephrine) لدى طفلي.
  - يجب علي القيام فوراً بإخطار ممرضة المدرسة عن أي تغيير في دواء طفلي أو تعليمات ممارس الرعاية الصحية.
  - يعتمد مكتب الصحة المدرسية (OSH) ووكلائه المشاركون في تقديم الخدمة (الخدمات) الصحية المذكورة أعلاه لطفلي على دقة المعلومات في هذه الاستمارة.
  - من خلال التوقيع على استمارة إعطاء الدواء (MAF)، أخوّل مكتب الصحة المدرسية (OSH) بتقديم خدمات صحية لطفلي. هذه الخدمات قد تتضمن، على سبيل المثال وليس الحصر، تقييماً اكلينيكيّاً أو فحصاً بدنياً من طرف ممارس الرعاية الصحية أو الممرضة بمكتب الصحة المدرسية (OSH).
  - تنتهي صلاحية استمارة إعطاء الدواء (MAF) في نهاية العام الدراسي لطفلي، والتي قد تشمل الدورة الصفية، أو عندما أعطي ممرضة المدرسة استمارة إعطاء دواء (MAF) جديدة (أيهما أقرب). عندما تنتهي صلاحية طلب الدواء هذا، سأعطي ممرضة مدرسة طفلي استمارة إعطاء دواء (MAF) جديدة كتبها ممارس الرعاية الصحية لطفلي. لن يحتاج مكتب الصحة المدرسية (OSH) إلى توقيعي من أجل استمارات إعطاء الدواء (MAFs) المستقبلية.
  - تمثل هذه الاستمارة موافقتي وطلباً للحصول على خدمات الحساسية الموضحة بهذه الاستمارة. وهي لا تمثل اتفاقية مع مكتب الصحة المدرسية (OSH) لتقديم الخدمات المطلوبة. إذا قرر مكتب الصحة المدرسية (OSH) توفير هذه الخدمات، فقد يحتاج طفلي أيضاً إلى خطة تسهيلات التلميذ. هذه الخطة سيتم إكمالها من قبل المدرسة.
  - لغرض تقديم رعاية أو علاج لطفلي، قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على أي معلومات أخرى يعتقد أنها ضرورية بشأن حالة طفلي الطبية أو أدويته أو علاجه. يجوز لمكتب الصحة المدرسية (OSH) الحصول على هذه المعلومات من أي ممارس رعاية صحية أو ممرضة أو صيدلي قدم خدمات صحية لطفلي.

### التناول الذاتي للعلاج (للتلاميذ المستقلون فقط):

- أشهد/ أؤكد أن طفلي قد تم تدريبه بالكامل ويمكنه تناول الدواء بمفرده. أوافق على حمل طفلي الدواء الموصوف في هذه الاستمارة في المدرسة وتخزينه وتناوله. أنا مسؤول عن إعطاء طفلي هذا الدواء في عيوات أو علب كما هو موضح أعلاه. أنا مسؤول أيضاً عن مراقبة استخدام طفلي للأدوية، وعن جميع نتائج استخدام طفلي لهذا الدواء في المدرسة. ستؤكد ممرضة المدرسة قدرة طفلي على حمل الدواء وتناوله. أوافق أيضاً على إعطاء المدرسة "عبوة احتياطية" للدواء في عبوة أو عبوة ذات ملصق واضح.
- أوافق على أن تقوم ممرضة المدرسة أو موظفي المدرسة المدربين بإعطاء طفلي دواء إبينيفرين (epinephrine) إذا كان طفلي غير قادر مؤقتاً على حمل الدواء أو تناوله بنفسه.

**ملحوظة:** إذا وافقت على استخدام الدواء المخزون، يجب عليك إرسال عيار (epinephrine) الخاص بطفلك، وجهاز الاستنشاق للربو والأدوية الأخرى المسموح له بتناولها ذاتياً في يوم الرحلة المدرسية و/ أو برامج ما بعد الدوام المدرسي ليكون متوفراً معه/ معها. الأدوية المخزونة مخصصة للاستخدام فقط من قبل موظفي مكتب الصحة المدرسية (OSH) في المدرسة فقط.

الاسم الأخير	الاسم الأول	الأوسط	تاريخ الميلاد	المدرسة
رمز المدرسة (ATSDBN) // الاسم	الحي			المنطقة التعليمية
اسم الوالد(ة) // ولي(ة) الأمر (بخط واضح)	توقيع الوالد(ة) // ولي(ة) الأمر	وَقَّعَ هُنَا	تاريخ التوقيع	
البريد الإلكتروني للوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر	عنوان الوالد(ة) // ولي(ة) الأمر			
أرقام الهاتف:	( ) - ( ) - ( )	المحمول ( ) - ( ) - ( )		
اسم شخص بديل للاتصال به في حالة الطوارئ	العلاقة بالتلميذ(ة)	رقم الهاتف للاتصال	( ) - ( ) - ( )	

### For Office of School Health (OSH) Use Only (لاستخدام مكتب الصحة المدرسية (OSH) فقط)

OSIS Number:

Received by: Name

Date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Reviewed by: Name

Date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

504  IEP  Other

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 as per OSH contact with prescribing health care practitioner

Modified  Not Modified