



ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКИХ/ПРОТИВОАНАФИЛАКТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | 2020-2021 уч. год

Вернуть школьной медсестре. Обработка форм, отправленных после 1 июня,

может быть задержана и не завершена до начала нового учебного года.

Учащийся	Фамилия	Имя	Ср. имя	Дата рождения	___/___/___ MM DD GGGG	<input type="checkbox"/> Мужск. <input type="checkbox"/> Женск.
Номер OSIS		Вес (кг)				
Школа (ATSDBN/название, номер, адрес и район)				Школьный округ DOE	Уч. уровень	Класс

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
If yes, system affected	<input type="checkbox"/> Respiratory <input type="checkbox"/> Skin <input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Neurologic	Does this student have the ability to:
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. (____)____-____

ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКИХ/ПРОТИВОАНАФИЛАКТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | 2020-2021 уч. год

Вернуть школьной медсестре. Обработка форм, отправленных после 1 июня, может быть задержана и не завершена до начала нового учебного года.

РОДИТЕЛИ/ОПЕКУНЫ ЗАПОЛНЯЮТ НИЖЕ

ПОДПИСАВШИСЬ НИЖЕ, Я ТЕМ САМЫМ ДАЮ СОГЛАСИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЕ:

- Настоящим я разрешаю хранить и выдавать в школе лекарственный препарат в соответствии с инструкциями лечащего врача ребенка, а также хранить и применять в школе необходимые средства для его введения.
- Я понимаю, что:
 - Мне требуется обеспечить школьную медсестру лекарственным препаратом и необходимыми средствами для его введения. Я должен предпринять усилия, чтобы обеспечить школу автоинъектором с эпинефрином (с убирающей иглой).
 - Все рецептурные и безрецептурные лекарственные препараты, передаваемые мною в школу, должны быть новыми, нераспечатанными, в оригинальной упаковке. Я обеспечу школу непросроченным лекарством, используемым для лечения ребенка в настоящее время, в целях его приема ребенком в течение учебного дня.**
 - На упаковке рецептурного препарата должна быть оригинальная этикетка аптеки. Этикетка должна содержать: 1) имя и фамилию учащегося, 2) название и телефон аптеки, 3) имя и фамилию выписавшего препарат врача, 4) дату, 5) число повторных заказов, 6) название препарата, 7) дозу, 8) периодичность приема, 9) способ применения и 10) другие инструкции.
 - Настоящим я подтверждаю, что по согласованию с лечащим врачом ребенка я разрешаю Отделу школьного здравоохранения (OSH) применять имеющиеся в школе средства за неимением в школе прописанного ребенку противоастматического препарата или эпинефрина.
 - Я обязан **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 свое 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 ребенка, куда может входить летняя программа, или в момент предоставления мною школьной медсестре нового MAF (в зависимости от того, что наступит раньше). По истечении срока действия предписания я представлю школьной медсестре новый MAF, заполненный 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 мер. Она не является договором с OSH об оказании запрашиваемых услуг. При установлении необходимости этих услуг учащемуся может потребоваться план адаптации (Student Accommodation Plan), который будет составлен школой.
 - В целях предоставления медицинских услуг или лечения моего ребенка я разрешаю OSH обращаться за необходимой им дополнительной информацией о состоянии его здоровья, лекарствах и/или процедурах к любым врачам, медсестрам и фармацевтам, предоставляющим медицинское обслуживание ребенку.

САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ (ТОЛЬКО ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНЫХ УЧАЩИХСЯ):

- Настоящим заявляю/подтверждаю, что ребенок прошел обучение и может принимать лекарство самостоятельно. Я разрешаю ребенку иметь при себе, хранить и самостоятельно принимать в школе указанное в данной форме лекарство. Я несу ответственность за предоставление ребенку лекарственных средств в упаковке, как описано выше. Я также несу ответственность за контроль использования 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 также согласен предоставить в школу запасную порцию препарата в упаковке с разборчиво надписанной этикеткой.
- 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 дни школьных экскурсий и/или послеурочных программ вы должны обеспечить ребенка эпинефрином, противоастматическим ингалятором и другими утвержденными для самостоятельного приема лекарствами для использования в случае необходимости. Имеющиеся в школе препараты предназначены только для применения сотрудниками OSH в школе.

Учащийся	Фамилия	Имя	Инициал ср. имени	Дата рождения ___ / ___ / _____	Школа
ATSDBN/Название школы				Район	Шк. округ
Имя и фамилия родителя/опекуна (печатными буквами): подпись здесь				Подпись родителя/опекуна	Дата ___ / ___ / _____
Имейл родителя/опекуна				Адрес родителя/опекуна	

Номера телефонов: Дневной (____)____-____ (____)____-____ (____)____-____

Другое контактное лицо для срочной связи | Родство с учащимся | Телефон контактного лица (____)____-____

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

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