

Attach student photo here

استمارة إعطاء الأدوية العامة
لا تستخدم هذه الاستمارة للأدوية الخاصة بالربو أو الحساسية
استمارة طلب الدواء من المزود | مكتب الصحة المدرسية | العام الدراسي 2019-2020
يرجى إعادتها إلى ممرض(ة) المدرسة. الاستمارات المقدمة بعد يوم 31 مايو / أيار قد تؤخر الإجراءات للعام الدراسي الجديد.

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

يجب على ممارسي الرعاية الصحية إكمال الجزء أسفله

1. Diagnosis: _____ ICD-10 Code: _____

Medication: _____
Generic and/or Brand Name

Preparation/Concentration: _____

Dose: _____ Route: _____

Student Skill Level (Select the most appropriate option):

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication
 Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
 Independent Student: student is self-carry / self-administer (initial below)
(NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES)

Practitioner's Initials

I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school / fieldtrips / school sponsored events.

2. Diagnosis: _____ ICD-10 Code: _____

Medication: _____
Generic and/or Brand Name

Preparation/Concentration: _____

Dose: _____ Route: _____

Student Skill Level (Select the most appropriate option):

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication
 Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
 Independent Student: student is self-carry / self-administer (initial below)
(NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES)

Practitioner's Initials

I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school / fieldtrips / school sponsored events.

3. Diagnosis: _____ ICD-10 Code: _____

Medication: _____
Generic and/or Brand Name

Preparation/Concentration: _____

Dose: _____ Route: _____

Student Skill Level (Select the most appropriate option):

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication
 Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
 Independent Student: student is self-carry / self-administer (initial below)
(NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES)

Practitioner's Initials

I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school / fieldtrips / school sponsored events.

In School Instructions

Standing daily dose: at ____:____ AM / PM and ____:____ AM / PM

AND/OR

PRN

specify signs, symptoms, or situations

Time interval: ____ minutes or ____ hours as needed.

If no improvement, repeat in ____ minutes or ____ hours for a maximum of ____ times.

Conditions under which medication should not be given:

In School Instructions

Standing daily dose: at ____:____ AM / PM and ____:____ AM / PM

AND/OR

PRN

specify signs, symptoms, or situations

Time interval: ____ minutes or ____ hours as needed.

If no improvement, repeat in ____ minutes or ____ hours for a maximum of ____ times.

Conditions under which medication should not be given:

In School Instructions

Standing daily dose: at ____:____ am / pm and ____:____ AM / PM

AND/OR

PRN

specify signs, symptoms, or situations

Time interval: ____ minutes or ____ hours as needed.

If no improvement, repeat in ____ minutes or ____ hours for a maximum of ____ times.

Conditions under which medication should not be given:

HOME Medications (include over-the counter)

Health Care Practitioner LAST NAME (Please print and circle one: MD, DO, NP, PA)	FIRST NAME	Signature
Address	Tel. No. (____)____-____	Fax. No (____)____-____
E-mail address	Cell phone (____)____-____	
NYS License No (Required)	NPI No.	Date ____/____/____

استمارة إعطاء الأدوية العامة
لا تستخدم هذه الاستمارة للأدوية الخاصة بالربو أو الحساسية
استمارة طلب الدواء من المزود | مكتب الصحة المدرسية | العام الدراسي 2020-2019
يرجى إعادتها إلى ممرض(ة) المدرسة. الاستمارات المقدمة بعد يوم 31 مايو/ أيار قد تؤخر الإجراءات للعام الدراسي الجديد.
يقوم الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر بتعبئة الجزء أدناه

بتوقيعي أدناه، أوافق على ما يلي:

1. أوافق على أن يتم تخزين الدواء الخاص بطفلي وإعطائه في المدرسة بناءً على توجيهات ممارس الرعاية الصحية لطفلي. أوافق أيضاً على أن يتم تخزين أية معدات مطلوبة لتقديم دواء طفلي واستخدامها في المدرسة.
2. وأنا أدرك أنه:
 - يجب أن أعطي ممرضة المدرسة الدواء والمعدات الخاصة بطفلي.
 - يجب أن تكون جميع الأدوية "التي تصرف بدون وصفة طبية" والتي أعطيها للمدرسة جديدة وغير مفتوحة، وفي القارورة أو العبوة الأصلية. سوف أقدم للمدرسة الأدوية الحالية غير منتهية الصلاحية التي سوف يستخدمها طفلي أثناء أيام الدراسة.
 - يجب أن تحمل الأدوية الموصوفة طبيباً ملصق الصيدلية الأصلي على القارورة أو العبوة. يجب أن يشتمل الملصق على: (1) اسم طفلي، (2) اسم الصيدلية ورقم هاتفها، (3) اسم ممارس الرعاية الصحية لطفلي، (4) التاريخ، (5) عدد مرات إعادة التعبئة، (6) اسم الدواء، (7) الجرعة، (8) متى يتم تناول الدواء، (9) كيفية تناول الدواء، (10) أية إرشادات أخرى.
 - يجب أن أخبر ممرضة المدرسة فوراً عن أي تغيير في دواء طفلي أو تعليمات ممارس الرعاية الصحية.
 - لا يسمح لأي تلميذ(ة) بحمل أو تناول المواد الخاضعة للرقابة بنفسه.
 - يعتمد مكتب الصحة المدرسية (OSH) ووكلاءه المشاركين في تقديم الخدمة (الخدمات) الصحية المذكورة أعلاه إلى طفلي على دقة المعلومات المقدمة في هذه الاستمارة.
 - بتوقيعي على استمارة إعطاء الدواء هذه (MAF)، قد يقدم مكتب الصحة المدرسية (OSH) الخدمات الصحية لطفلي. وأنا أدرك أن هذه الخدمات قد تتضمن تقييماً اكلينيكياً أو فحصاً بدنياً من طرف ممارس الرعاية الصحية أو الممرض(ة) بمكتب الصحة المدرسية (OSH).
 - ينتهي طلب إعطاء الدواء في استمارة (MAF) هذه في نهاية العام الدراسي لطفلي، والذي قد يشمل الحصص الصفية، أو عندما أعطي ممرضة المدرسة استمارة (MAF) جديدة (أيهما أقرب).
 - تمثل هذه الاستمارة موافقتي وطلب تقديم خدمات إعطاء الأدوية المذكورة في هذه الاستمارة. وهي لا تمثل اتفاقاً مع مكتب الصحة المدرسية (OSH) لتوفير الخدمات المطلوبة. إذا قرر مكتب الصحة المدرسية (OSH) تقديم هذه الخدمات، قد يحتاج طفلي أيضاً إلى خطة لتسهيلات التلميذ. ستقوم المدرسة بوضع هذه الخطة.
 - لأغراض تقديم الرعاية الصحية أو العلاج لطفلي، يمكن لمكتب الصحة المدرسية (OSH) الحصول على أي معلومات أخرى يعتقد أنها ضرورية عن الحالة الطبية لطفلي أو أويته أو علاجه. قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على هذه المعلومات من أي ممارس رعاية صحية أو ممرضة أو صيدلي قدم خدمات صحية لطفلي.

أخذ الدواء بشكل ذاتي

(التلاميذ البالغين 18 عاماً أو أكثر فقط):

- أقر/ أوكد أن طفلي قد تلقى تدريباً كاملاً ويمكنه تناول الدواء من تلقاء نفسه. أوافق على أن يقوم طفلي بحمل وتخزين وتناول الدواء الموصوف على هذه الاستمارة بنفسه في المدرسة. أنا مسؤول عن إعطاء طفلي هذا الدواء في قوارير أو عيوبت كما هو موضح أعلاه. أنا أيضاً مسؤول عن مراقبة استخدام طفلي للدواء، وعن جميع نتائج استخدام طفلي لهذا الدواء في المدرسة. ستؤكد ممرضة المدرسة قدرة طفلي على حمل الدواء وتناوله بنفسه. كما أوافق على إعطاء دواء "احتياطياً" للمدرسة في قارورة أو عبوة معونة بوضوح.
- أوافق على قيام ممرضة المدرسة أو طاقم المدرسة المدرب بإعطاء طفلي الدواء إذا كان طفلي غير قادر مؤقتاً على حمل الدواء أو تناوله بنفسه.

ملاحظة: يفضل أن ترسل أدوية ومعدات لطفلك في يوم الرحلة المدرسية والأنشطة المدرسية التي تعقد خارج موقع المدرسة.

التلميذ الاسم الأخير		الاسم الأول	
الحرف الأول من الاسم الأوسط		تاريخ الميلاد / /	
اسم المدرسة/ رقم (ATSDBN)		الحي	
اسم الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر بخط واضح		تاريخ التوقيع	
عنوان البريد الإلكتروني للوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر		عنوان منزل الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر	
رقم الهاتف: خلال النهار () - () - ()		رقم الهاتف المحمول () - () - ()	
اسم شخص بديل للاتصال في حالات الطوارئ		العلاقة بالتلميذ(ة)	
رقم الهاتف للاتصال () - () - ()		رقم الهاتف للاتصال () - () - ()	

For Office of School Health (OSH) Use Only

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