

Photo de l'élève
à joindre ici

FORMULAIRE GÉNÉRAL D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

CE FORMULAIRE NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ POUR LES MÉDICAMENTS CONTRE LES CRISES D'ÉPILEPSIE, L'ASTHME ET LES ALLERGIES

Formulaire d'ordonnance médicale du prestataire | Bureau de la santé scolaire | Année scolaire 2020-2021

Veillez le retourner à l'infirmière scolaire. Les formulaires présentés après le 1^{er} juin pourraient causer du retard dans leur traitement pour la nouvelle année scolaire

Élève Nom de famille	Prénom	Second prénom	Date de naissance ____/____/____ MM JJ AAAA	<input type="checkbox"/> Masculin
				<input type="checkbox"/> Féminin
Numéro OSIS _____		Poids _____kg		
École (indiquez DBN/nom, matricule, adresse et borough d'après le système ATS)		District du DOE	Grade	Classe

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

<p>Diagnosis</p> <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Other: _____	<p>Control (see NAEPP Guidelines)</p> <input type="checkbox"/> Well Controlled <input type="checkbox"/> Not Controlled / Poorly Controlled <input type="checkbox"/> Unknown	<p>Severity (see NAEPP Guidelines)</p> <input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Mild Persistent <input type="checkbox"/> Moderate Persistent <input type="checkbox"/> Severe Persistent
<p>Student Asthma Risk Assessment Questionnaire (Y = Yes, N = No, U = Unknown)</p>		
History of near-death asthma requiring mechanical ventilation	Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>	
History of life-threatening asthma (loss of consciousness or hypoxic seizure)	Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>	
History of asthma-related PICU admissions (ever)	Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>	
Received oral steroids within past 12 months	Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>	_____ times last : ____/____/____
History of asthma-related ER visits within past 12 months	Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>	_____ times
History of asthma-related hospitalizations within past 12 months	Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>	_____ times
History of food allergy or eczema, specify: _____	Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>	
<p>Student Skill Level (Select the most appropriate option)</p> <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers under adult supervision		<input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry/self-administer <i>I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed medication effectively for school / field trips / school sponsored events.</i>
		Practitioner Initials

Quick Relief In-School Medication

Albuterol [Only generic Albuterol MDI is provided by school for shared usage] (plus individual spacer): Stock Parent Provided MDI w/ spacer DPI

Other: Name: _____ Strength: _____
 Dose: _____ Route: _____ Frequency: _____ hrs
 Give _____ puffs/_____ AMP q _____ hrs. PRN for coughing, wheezing, tight chest, difficulty breathing or shortness of breath. Monitor for 20 mins or until symptom-free. If not symptom-free within 20 mins may repeat **ONCE**.

If in Respiratory Distress: Call 911 and give _____ puffs/ _____ AMP; may repeat q 20 minutes until EMS arrives.

Pre-exercise: 2 puffs 15-20 mins before exercise.

URI Symptoms or Recent Asthma Flare: 2 puffs @ noon for 5 school days.
 Special Instructions: _____

Controller Medications for In-School Administration

(Recommended for Persistent Asthma, per NAEPP Guidelines)

Fluticasone [Only Flovent® 110 mcg MDI is provided by school for shared usage] Stock Parent Provided MDI w/ spacer DPI

Other ICS Standing Daily Dose:
 Name: _____ Strength: _____
 Dose: _____ Route: _____ Frequency: _____ hrs

Standing Daily Dose: _____ puffs ONCE a day at _____ AM
 Special Instructions: _____

Home Medications (Include over the counter)

Reliever _____ Controller _____ Other _____

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

DEMANDE D'ADMINISTRATION DE TRAITEMENTS MÉDICAUX PRESCRITS (NON MÉDICAMENTEUX)

Formulaire d'ordonnance médicale du prestataire | Bureau de la santé scolaire | Année scolaire 2020-2021

Veillez le retourner à l'infirmière scolaire. Les formulaires présentés après le 1^{er} juin pourraient causer du retard dans leur traitement pour la nouvelle année scolaire

PARTIE À COMPLÉTER PAR LES PARENTS/TUTEURS/TUTRICES

EN SIGNANT CI-DESSOUS, JE SUIS D'ACCORD AVEC CE QUI SUIT :

- Je consens à ce que les médicaments de mon enfant soient conservés et administrés à l'école selon les instructions de son médecin. Je consens également à ce que tout équipement nécessaire aux médicaments de mon enfant soit conservé et utilisé à l'école.
- Je comprends que :
 - Je dois donner à l'infirmière scolaire les médicaments de mon enfant ainsi que l'équipement nécessaire. Je donnerai à l'école les stylos auto-injecteurs d'adrénaline (épinéphrine) avec aiguilles rétractables.
 - Tous les médicaments prescrits et « en vente libre » que je remets à l'école doivent être neufs, non ouverts et dans leur emballage ou flacon d'origine. Je donnerai à l'école les médicaments actuels et non périmés pour l'usage de mon enfant pendant les jours de classe.**
 - La boîte ou le flacon des médicaments prescrits doivent porter l'étiquette d'origine de la pharmacie. L'étiquette doit indiquer : 1) le nom de mon enfant, 2) le nom et le numéro de téléphone de la pharmacie, 3) le nom du médecin de mon enfant, 4) la date, 5) le nombre de renouvellements, 6) le nom du médicament, 7) la posologie, 8) quand prendre le médicament, 9) le mode d'administration du médicament et 10) toute autre instruction.
 - Je déclare/j'atteste avoir consulté le médecin de mon enfant et je consens à ce que le Bureau de la santé scolaire (Office of School Health - OSH) administre le médicament de mon enfant conservé en réserve si l'auto-injecteur d'adrénaline (épinéphrine) ou le médicament prescrit pour contrôler son asthme ne sont pas disponibles.
 - Je dois **immédiatement** informer l'infirmière de l'école de tout changement concernant le médicament de mon enfant ou les instructions de son médecin.
 - L'OSH et son personnel qui participent à l'administration des services de santé dispensés à mon enfant et indiqués ci-dessus se fient à l'exactitude des informations de ce formulaire.
 - En signant ce formulaire d'administration de médicaments (Medication Administration Form - MAF), j'autorise l'OSH à prodiguer des soins médicaux à mon enfant. Ces services peuvent comprendre, entre autres, une évaluation clinique et un examen médical par un professionnel de santé ou une infirmière de l'OSH.
 - L'ordonnance médicale contenue dans ce MAF expire à la fin de l'année scolaire de mon enfant, ce qui peut inclure la session d'été, ou lorsque je donne un nouveau MAF à l'infirmière de l'école (selon l'évènement survenant en premier). Lorsque l'ordonnance médicale arrivera à expiration, je donnerai à l'infirmière de l'école de mon enfant un nouveau MAF rempli par le médecin de mon enfant. L'OSH n'aura pas besoin de ma signature pour rédiger de nouveaux MAF.
 - Ce formulaire représente mon consentement et ma demande pour que les services indiqués dans ce dernier soient prodigués en cas de réaction allergique. Cela ne constitue pas un accord de l'OSH pour l'administration des services demandés. Si l'OSH décide de dispenser ces services, mon enfant peut également avoir besoin d'un Plan scolaire d'aménagements. Ce plan sera mis en place par l'école.
 - Afin de dispenser des soins ou un traitement à mon enfant, l'OSH est en droit d'obtenir toute autre information qu'il estime être nécessaire concernant l'état de santé, les médicaments ou le traitement de mon enfant. L'OSH peut obtenir ces informations de tout professionnel de santé, infirmière, ou pharmacien ayant dispensé des services de santé à mon enfant.

AUTOADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS (UNIQUEMENT POUR LES ÉLÈVES AUTONOMES) :

- Je déclare/j'atteste que mon enfant est pleinement formé et qu'il peut prendre son médicament lui-même. Je consens à ce que mon enfant transporte, conserve et s'administre lui-même à l'école le médicament prescrit sur ce formulaire. J'ai la responsabilité de donner à mon enfant ces médicaments dans leurs boîtes ou flacons comme décrits plus haut. Je dois également surveiller la prise de médicament par mon enfant et tous les résultats suivant la prise de ce médicament par mon enfant à l'école. L'infirmière scolaire attestera de l'aptitude de mon enfant à transporter le médicament et à se l'administrer. Je consens également à donner à l'école un médicament « de secours » dans une boîte ou un flacon clairement étiquetés.
- J'accepte que l'infirmière de l'école ou tout membre du personnel formé administre de l'adrénaline à mon enfant s'il est temporairement incapable de le transporter et de se l'administrer lui-même.

REMARQUE : si vous décidez d'utiliser les médicaments conservés en réserve, vous devez fournir à votre enfant son stylo auto-injecteur d'adrénaline (épinéphrine), un inhalateur contre l'asthme et tout autre médicament approuvé que l'enfant peut prendre seul lors des sorties scolaires et/ou programmes proposés après l'école pour les avoir à portée de main. Seul le personnel de l'OSH peut utiliser les médicaments en réserve et uniquement à l'école.

Élève Nom de famille	Prénom	Initiale 2 ^e prénom	Date de naissance ___/___/_____	École
DBN/nom de l'école d'après le système ATS			Borough	District
Nom du parent/tuteur/de la tutrice (majuscules)			Signature du parent/tuteur/de la tutrice SIGNEZ ICI →	Signé le ___/___/_____
E-mail du parent/tuteur/de la tutrice				Adresse du parent/tuteur/de la tutrice
Numéros de téléphone : En journée (____) _____ - _____		Domicile (____) _____ - _____		Portable (____) _____ - _____
Autre personne à contacter en cas d'urgence		Lien avec l'élève		N° de téléphone (____) _____ - _____

For Office of School Health (OSH) Use Only (Réservé à l'usage du Bureau de la santé scolaire (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