

Attach student photo here

ЗАПРОС НА ВЫДАчу ПРепаратов

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | 2019-2020 уч.г.

Просьба вернуть школьной медсестре. Обработка форм, отправленных после 31 мая 2019 г., может быть задержана и не завершена до начала нового учебного года.

Student Last Name, First Name, Middle Initial, Date of Birth, Male, Female

OSIS #, DOE District, Grade/Class

School ATSDBN/Name Address, and Borough:

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW (ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ РЕБЕНКА ЗАПОЛНЯЕТ НИЖЕ)

Diagnosis, Control, Severity

Student Asthma Risk Assessment Questionnaire

History of near-death asthma, History of life-threatening asthma, etc.

Student Skill Level, Independent Student

Quick Relief In-School Medication

Albuterol, Other, Pre-exercise, URI Symptoms or Recent Asthma Flare

Controller Medications for In-School Administration

Fluticasone, Other ICS Standing Daily Dose

Home Medications

Reliever, Controller, Other

Health Care Practitioner, Signature, Date, Address, Tel., Fax, NPI #

Email Address, NYS License # (Required), CDC and AAP strongly recommend annual influenza vaccination

Просьба вернуть школьной медсестре. Обработка форм, отправленных после 31 мая 2019 г., может быть задержана и не завершена до начала нового учебного года.

РОДИТЕЛИ/ОПЕКУНЫ ЗАПОЛНЯЮТ НИЖЕ

ПОДПИСАВШИЕСЬ 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, включая ингалятор (не альбутерол).
 - Все рецептурные и безрецептурные лекарственные препараты, передаваемые мною в школу, должны быть новыми, нераспечатанными, в оригинальной упаковке. Я обеспечу школу непросроченным лекарством, принимаемым ребенком в настоящее время, для его приема 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 лечащего врача ребенка, 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.
 - Я обязан **незамедлительно** уведомлять школьную медсестру обо всех изменениях в лекарственных препаратах ребенка или инструкциях его лечащего врача.
 - OSH, их представители и сотрудники, причастные к оказанию медицинских услуг моему ребенку, полагаются на достоверность приведенной мной информации.
 - Подписывая этот запрос на выдачу лекарств (Medication Administration Form, MAF), я даю Отделу школьного здравоохранения (OSH) 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 этого врачебного предписания я представлю школьной медсестре новый MAF, заполненный лечащим врачом ребенка. Если это условие не будет мною выполнено, врач OSH может провести медицинский осмотр ребенка (при наличии возражений о проведении такого осмотра я должен представить их в письменной форме школьной медсестре). Врач OSH может провести оценку симптомов астмы и эффективности назначенного препарата. Он также примет решение о необходимости внесения изменений в имеющееся врачебное предписание и выдаст новый запрос MAF, чтобы ребенок продолжал получать услуги через OSH. OSH не требуется моя подпись для подготовки новых запросов на выдачу противоастматических препаратов. Заполнив новый MAF для моего ребенка, врач OSH предпримет усилия, чтобы уведомить об этом меня и лечащего врача ребенка.
 - Данная форма представляет собой мое согласие и запрос на предоставление ребенку описанных в ней противоастматических 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 OSH может обращаться за необходимой им дополнительной информацией о состоянии его здоровья, лекарствах и/или процедурах к любым врачам, медсестрам и фармацевтам, предоставляющим медицинское обслуживание ребенка.

САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ (ТОЛЬКО ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНЫХ УЧАЩИХСЯ):

- Настоящим я подтверждаю, что мой ребенок обучен и способен самостоятельно принимать прописанное лекарство. Я также разрешаю ребенку иметь при себе, хранить и самостоятельно принимать в школе указанное в форме лекарство. Я несу ответственность за обеспечение ребенка этим препаратом в упаковках, как описано выше. Я также несу ответственность за его использования ребенком, а также за все последствия приема этого препарата в школе. Школьная медсестра удостоверит 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 препарата ребенком в случае временной утраты им способности хранить и принимать лекарство самостоятельно.

ПРИМЕЧАНИЕ: В дни школьных экскурсий вы должны обеспечить ребенка противоастматическим ингалятором, эпинефрином и другими утвержденными для самостоятельного приема лекарствами. Имеющиеся в школе препараты предназначены только для применения сотрудниками OSH в школе.

Фамилия учащегося	Имя	Инициал ср. имени	Дата рождения ___/___/___
ATSDBN/Название школы		Округ	Район
Имя и фамилия родителя/опекуна (печатными буквами): _____		ПОДПИСЬ →	Подпись: _____
Дата подписания ___/___/___	Адрес родителя/опекуна: _____		
Мобильный телефон (___) ___ - ___ - _____		Другой телефон (___) ___ - ___ - _____	
		Имейл: _____	
Другое контактное лицо для срочной связи/Родство с учащимся: _____		Телефон для срочной связи: (___) ___ - ___ - _____	

For Office of School Health (OSH) Use Only

OSIS Number: _____	<input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> Other
Received By Name: _____ Date ___/___/___	Reviewed By Name: _____ Date ___/___/___
Services Provided By <input type="checkbox"/> Nurse/NP <input type="checkbox"/> School-Based Health Center	<input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor (For supervised students only) <input type="checkbox"/> OSH Asthma Case Manager (For supervised students only)
Revisions per Office of School Health after consultation with prescribing practitioner: <input type="checkbox"/> Modified <input type="checkbox"/> Not Modified	
Signature and Title (RN OR MD/DO/NP): _____	