

استمارة إعطاء الأدوية العامة

هذه الاستمارة لا يتعين استخدامها لأدوية النوبات أو الربو أو الحساسية

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.

ذكر
أنثى

تاريخ الميلاد ____ / ____ / ____
الشهر اليوم السنة

الأوسط

الاسم الأول

التلميذ(ة) الاسم الأخير

الوزن (كغ) _____

رقم التعريف المدرسي للتلميذ(ة) _____

الفصل

الصف

المنطقة التعليمية لإدارة التعليم

المدرسة (بما في ذلك الاسم، والرقم، والعنوان، والحي)

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

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 for Independent (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:

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 for Independent (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:

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 for Independent (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:

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 الأدوية العامة

هذه الاستمارة لا يتعين استخدامها لأدوية النوبات أو الربو أو الحساسية
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.

الآباء/ 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، (4) التاريخ، (5) عدد مرات إعادة التعبئة، (6) اسم الدواء، (7) الجرعة، (8) متى يجب تناول الدواء، (9) كيفية تناول الدواء، (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 اكلينيكياً 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 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 الم. سة (ATSDBN) // الاسم | الحي | المنطقة التعليمية | تاريخ التوقيع | توقيع الوالد(ة) / ولي(ة) الأمر |
| اسم الوالد(ة) / ولي(ة) الأمر (بخط واضح) | عنوان الوالد(ة) / ولي(ة) الأمر | رقم الهاتف: | رقم الهاتف للاتصال | العلاقة بالتلميذ(ة) |
| البريد الإلكتروني للوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر | رقم الهاتف للاتصال | 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