



Фотографию  
учащегося  
закрепить  
здесь

**ОБЩИЙ ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ  
ТОЛЬКО ДЛЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПОМИМО ПРОТИВОСУДОРОЖНЫХ,  
ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКИХ ИЛИ ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКИХ**  
Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | 2020-2021 уч.г.

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	___/___/___ <small>ММ ДД ГГГГ</small>	<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**

**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)**

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

**ОБЩИЙ ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ  
ТОЛЬКО ДЛЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПОМИМО ПРОТИВОСУДОРОЖНЫХ,  
ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКИХ ИЛИ ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКИХ**

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

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 САМ ЫМ 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 представляю 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 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