



استمارة إعطاء أدوية الحساسية/ الحساسية المفردة

استمارة طلب الدواء من المزود | مكتب الصحة المدرسية | للعام الدراسي 2021-2022
يرجى إعادة الاستمارة إلى ممرض(ة) المدرسة. الاستمارات المقدمة بعد يوم 1 يونيو/ حزيران قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد

الاسم الأخير للتلميذ(ة): _____ الاسم الأول: _____ الأوسط: _____ تاريخ الميلاد: _____
الجنس: ذكر أنثى رقم التعريف المدرسي (OSIS): _____
المدرسة (ضمّن الاسم والرقم والعنوان والحي): _____ المنطقة التعليمية لإدارة التعليم: _____ الصف: _____ الفصل: _____

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
- 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)
 - I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events - Practitioner's Initials: _____

In School Instructions

- Standing daily dose – at _____ and _____ **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
- 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)
 - I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events - Practitioner's Initials: _____

In School Instructions

- Standing daily dose – at _____ and _____ **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
- 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)
 - I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events - Practitioner's Initials: _____

In School Instructions

- Standing daily dose – at _____ and _____ **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) None

Health Care Practitioner Last Name: _____ First Name: _____ Signature: _____

Please select one: MD DO NP PA

Address: _____ E-mail address: _____

Tel. No: _____ FAX No: _____ Cell Phone: _____

NYS License No (Required): _____ NPI No: _____ Date: _____

استمارة إعطاء أدوية الحساسية/ الحساسية المفرطة
استمارة طلب الدواء من المزود | مكتب الصحة المدرسية | للعام الدراسي 2021-2022
يرجى إعادة الاستمارة إلى ممرض(ة) المدرسة. الاستمارات المقدمة بعد يوم 1 يونيو/ حزيران قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد

الأباء/ أولياء الأمور: أقرؤوا واكملوا ووقعوا هذه الاستمارة. بتوقيعي أدناه، أوافق على ما يلي:

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.
1. وأنا أدرك أنه:

- يجب أن أعطي ممرضة المدرسة الدواء والمعدات الخاصة بطفلي. سأحاول إعطاء الأقالام إيبينفرين (epinephrine pens) للمدرسة مع إبر قابلة للسحب.
- يجب أن تكون جميع الأدوية "التي تصرف بدون وصفة طبية" والتي أعطيها للمدرسة جديدة وغير مفتوحة، وفي القارورة أو العبوة الأصلية. سوف أقدم للمدرسة بالأدوية الحالية الصالحة لاستخدام طفلي أثناء أيام الدراسة.
○ يجب أن تحمل الأدوية الموصوفة طبياً ملصق الصيدلية الأصلي على القارورة أو العبوة. يجب أن يشتمل الملصق على: (1) اسم طفلي، و(2) اسم الصيدلية ورقم هاتفها، و(3) اسم ممارس الرعاية الصحية لطفلي، و(4) التاريخ، و(5) عدد مرات إعادة التعبئة، و(6) اسم الدواء، و(7) الجرعة، و(8) متى يتم تناول الدواء، و(9) كيفية تناول الدواء، و(10) أية إرشادات أخرى.
- أقر/ أؤكد بموجبه بأنني تشاورت مع مقدم الرعاية الطبية لطفلي وأني أصرح لمكتب الصحة المدرسية (OSH) بإعطاء الدواء المخزون في حالة عدم توفر دواء الربو أو إيبينفرين الموصوف لطفلي.
- يجب أن أخبر ممرض(ة) المدرسة فوراً عن أي تغيير في دواء طفلي أو تعليمات ممارس الرعاية الصحية.
- 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)، فإنني أمتنع موافقتي لمكتب الصحة المدرسية (OSH) على تقديم الخدمات الصحية لطفلي. وأنا أدرك أن هذه الخدمات قد تتضمن تقييماً كلينيكياً 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). عندما تنتهي صلاحية أمر الدواء هذا، سأقدم لممرضة طفلي المدرسية استمارة (MAF) جديدة مكتوبة بواسطة ممارس الرعاية الصحية لطفلي. لن يحتاج مكتب الصحة المدرسية (OSH) لتوقيعي لكتابة استمارات إعطاء الدواء (MAFs) المستقبلية.
- تمثل هذه الاستمارة موافقتي وطلب تقديم خدمات الحساسية 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.
- لغرض تقديم الرعاية أو العلاج لطفلي، قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على أية معلومات أخرى يعتقد أنها ضرورية عن الحالة الطبية لطفلي أو أدويته 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 (للتلاميذ المستقلين فقط):

- أقر/ أؤكد أن طفلي قد تلقى تدريباً كاملاً ويمكنه تناول الدواء بنفسه. 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 عبوات 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 معنونة 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: إذا قررت استخدام الدواء المخزون، يجب عليك إرسال عقار إيبينفرين (epinephrine) الخاص بطفلي، وجهاز الاستنشاق للربو والأدوية الأخرى المسموح له بتناولها ذاتياً مع طفلك في يوم الرحلة المدرسية و/ أو برامج ما بعد الدوام المدرسي ليكون متوفراً معه. تستخدم الأدوية المخزونة فقط من قبل موظفي مكتب الصحة المدرسية (OSH) في المدرسة فقط.

الاسم الأخير للتلميذ(ة): _____ الاسم الأول: _____ الأوسط: _____ تاريخ الميلاد: _____

المدرسة (رقم DBN /ATS الاسم): _____ الحي: _____ المنطقة التعليمية: _____

اسم الوالد(ة) // ولي(ة) الأمر (بخط واضح): _____ عنوان البريد الإلكتروني للوالد(ة) // ولي(ة) الأمر: _____

الوالد(ة) // ولي(ة) الأمر التوقيع على الجزأين (أ) و(ب): _____ تاريخ التوقيع: _____

عنوان الوالد(ة) // ولي(ة) الأمر: _____

أرقام الهاتف: _____ أثناء النهار: _____ المنزل: _____ الهاتف المحمول: _____

طرف اتصال بديل لحالات الطوارئ:

الاسم: _____ العلاقة بالتلميذ(ة): _____ رقم الهاتف: _____

For Office of School Health (OSH) Use Only

OSIS Number: _____ Received by - Name: _____ Date: _____

504 IEP Other: _____ Reviewed by - Name: _____ Date: _____

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: Clarified Modified