

MEDICATION ADMINISTRATION FORM

THIS FORM SHOULD NOT BE USED FOR ASTHMA OR ALLERGY MEDICATIONS
 Provider Medication Order Form | Office of School Health | School Year **2018-2019**
DUE: JULY 15th. Forms submitted after July 15th may delay processing for new school year.

Attach student photo here

Student Last Name _____	First Name _____	Middle _____	Date of birth ___/___/_____ MM DD YYYY	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
OSIS Number _____				
School (include name, number, address and borough)			DOE District	Grade
Class _____				

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

<p>1. Diagnosis: _____ ICD-10 Code: <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Medication: _____ Generic and/or Brand Name Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ Route: _____</p> <p>Student Skill Level (Select the most appropriate option): <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 (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;"> Practitioner's Initials </div> <p>I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school / fieldtrips / school sponsored events.</p>	<p><u>In School Instructions</u> <input type="checkbox"/> Standing daily dose: at ___:___ AM / PM and ___:___ AM / PM AND/OR <input type="checkbox"/> PRN _____ _____ <i>specify signs, symptoms, or situations</i></p> <p><input type="checkbox"/> Time interval: ___ minutes or ___ hours as needed. <input type="checkbox"/> If no improvement, repeat in ___ minutes or ___ hours for a maximum of ___ times.</p> <p><u>Conditions under which medication should not be given:</u> _____</p>
<p>2. Diagnosis: _____ ICD-10 Code: <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Medication: _____ Generic and/or Brand Name Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ Route: _____</p> <p>Student Skill Level (Select the most appropriate option): <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 (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;"> Practitioner's Initials </div> <p>I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school / fieldtrips / school sponsored events.</p>	<p><u>In School Instructions</u> <input type="checkbox"/> Standing daily dose: at ___:___ AM / PM and ___:___ AM / PM AND/OR <input type="checkbox"/> PRN _____ _____ <i>specify signs, symptoms, or situations</i></p> <p><input type="checkbox"/> Time interval: ___ minutes or ___ hours as needed. <input type="checkbox"/> If no improvement, repeat in ___ minutes or ___ hours for a maximum of ___ times.</p> <p><u>Conditions under which medication should not be given:</u> _____</p>
<p>3. Diagnosis: _____ ICD-10 Code: <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Medication: _____ Generic and/or Brand Name Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ Route: _____</p> <p>Student Skill Level (Select the most appropriate option): <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 (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;"> Practitioner's Initials </div> <p>I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school / fieldtrips / school sponsored events.</p>	<p><u>In School Instructions</u> <input type="checkbox"/> Standing daily dose: at ___:___ am / pm and ___:___ AM / PM AND/OR <input type="checkbox"/> PRN _____ _____ <i>specify signs, symptoms, or situations</i></p> <p><input type="checkbox"/> Time interval: ___ minutes or ___ hours as needed. <input type="checkbox"/> If no improvement, repeat in ___ minutes or ___ hours for a maximum of ___ times.</p> <p><u>Conditions under which medication should not be given:</u> _____</p>

HOME Medications (include over-the counter)

Health Care Practitioner (Please Print)	LAST NAME	FIRST NAME	Signature
Address	Tel. No. (____) _____ - _____		Fax. No (____) _____ - _____
E-mail address	Cell phone (____) _____ - _____		
NYS License No (Required)	NPI No.	Date ___/___/_____	

FORMULAIRE POUR L'ADMINISTRATION DE TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

IL NE FAUT PAS UTILISER CE FORMULAIRE POUR LES MÉDICAMENTS CONTRE L'ASTHME ET LES RÉACTIONS ALLERGIQUES.

Formulaire de prescription médicale du prestataire | Bureau de la Santé Scolaire | Année scolaire 2018-2019

DATE LIMITE DE DÉPÔT : 15 JUILLET. Les formulaires présentés après le 15 juillet pourraient causer du retard dans leur traitement pour la nouvelle année scolaire.

PARENTS/TUTEURS RENSEIGNEZ LES RUBRIQUES CI-APRÈS

En apposant ma signature ci-après, je conviens de ce qui suit :

1. Je consens à ce que les médicaments de mon enfant soient gardés et lui soient administrés dans l'établissement selon les instructions de son médecin. Je consens également à ce que tout équipement qui serait nécessaire à l'administration des médicaments de mon enfant soit gardé et utilisé dans l'établissement.
2. Je sais que :
 - Je dois donner à l'infirmier(ère) de l'école les médicaments de mon enfant ainsi que l'appareil pour leur administration.
 - **Tous les médicaments prescrits ou en vente libre que je remets à l'école doivent être nouvellement achetés et non-entamés dans l'emballage que je les ai achetés.** J'achèterai un autre médicament pour que mon enfant puisse prendre lorsqu'il n'est pas en classe ou lorsqu'il va en sortie scolaire.
 - Il faut qu'il y ait sur la boîte ou le flacon du médicament prescrit l'étiquette de la pharmacie où vous l'avez acheté. Il sera inscrit sur l'étiquette : 1) le nom de mon enfant, 2) le nom de la pharmacie et son numéro de téléphone, 3) le nom du médecin de mon enfant, 4) la date 5) le nombre de renouvellement de l'ordonnance, 6) le nom du médicament, 7) la posologie, 8) quand prendre le médicament, 9) le mode d'administration du médicament et 10) toutes autres instructions.
 - Je dois **tout de suite** dire à l'infirmier(ère) de l'école tout changement ayant trait aux médicaments que prend mon enfant ou aux instructions de son médecin.
 - **Il n'est permis à aucun élève d'avoir des substances contrôlées ou de se les administrer.**
 - Le Bureau de la santé scolaire (OSH) et le personnel de ce bureau offrant les encadrements ci-dessus mentionnés à mon enfant s'en tiennent à l'exactitude des informations portées sur ce formulaire.
 - En signant ce formulaire pour l'administration de médicament (MAF), l'OSH peut fournir des soins médicaux à mon enfant. Au nombre de ces services on peut inclure une évaluation clinique et un examen médical par un professionnel de santé ou un infirmier de l'OSH.
 - L'ordonnance sur ce MAF expire à la fin de l'année scolaire de mon enfant, période où l'on peut inclure la session d'été, ou la date portée sur le nouveau MAF à l'infirmier de l'école quand je lui en donne un (selon l'évènement survenant le premier).
 - Ce formulaire fait état de mon consentement et ma requête pour qu'on offre les services inscrits sur le dit formulaire. Il ne s'agit pas de l'acquiescement de l'OSH pour l'administration des services demandés. Si l'OSH se décide à les administrer, il se peut qu'il faut également à mon enfant un Plan scolaire d'aménagements. L'établissement scolaire mettra au point ce plan.
 - L'OSH est en droit d'obtenir toute autre information qu'il estime être nécessaire relative aux problèmes de santé, médicaments ou au traitement de mon enfant. Il peut recueillir ces informations de tout professionnel de la santé, d'infirmier, ou de pharmacien ayant offert des services à mon enfant.
 - Si l'infirmier(ère) de l'école n'est pas disponible, il se peut que l'école me contacte pour me demander de m'y rendre pour donner les médicaments à mon enfant.

PRISE DE MÉDICAMENT(S) AUTONOME :

- Je déclare/j'atteste que j'ai dûment appris à mon enfant comment prendre son médicament. Je consens à ce que mon enfant porte dans son cartable à l'école le médicament qui lui a été prescrit sur ce formulaire, qu'il le conserve et se l'administre. J'ai la responsabilité de donner à mon enfant ce médicament mis en flacon ou boîte comme décrit plus haut. Je dois également faire un suivi de l'utilisation du médicament, et de toutes les réactions qui surviennent après que mon enfant ait utilisé ce médicament à l'école. L'infirmier(ère) attestera de l'aptitude de mon enfant à conserver son médicament et se l'administrer. Je consens également à donner à l'école un autre flacon ou autre boîte muni(e) d'une étiquette bien lisible du médicament au cas où l'autre donné(e) préalablement ferait défaut.
- Je suis d'avis que l'infirmier(ère) de l'école ou tout membre du personnel ayant eu la formation requise administre le médicament à mon enfant s'il ne peut pas à ce moment-là le faire lui-même.

NOTE : Il vaut mieux que vous donniez à votre enfant les médicaments et l'appareil pour se les administrer lors des sorties scolaires et des activités après les heures normales de cours.

Nom de l'élève	Prénom	1 ^{er} Prén.	Date de naissance	École
Nom du parent/tuteur en caractères d'imprimerie			<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> SIGNEZ ICI </div>	
Signé le			Signature du parent/tuteur	
Adresse email du parent/tuteur			Adresse du parent/tuteur de l'élève	
Numéros de téléphone : En journée		Domicile		Tél. portable
Nom d'une autre personne à contacter en cas d'urgence			Numéro de téléphone de cette autre personne	

For Office of School Health (OSH) Use Only / Réserve à l'usage du personnel d'OSH

OSIS Number:			
Received by: Name	Date	Reviewed by: Name	Date
<input type="checkbox"/> 504	<input type="checkbox"/> IEP	<input type="checkbox"/> Other	Referred to School 504 Coordinator: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Services provided by: <input type="checkbox"/> Nurse/NP		<input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor <i>(For supervised students only)</i>	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Modified <input type="checkbox"/> Not Modified			

*Il est déconseillé d'envoyer des informations confidentielles par courrier électronique