

# 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 15<sup>th</sup>. Forms submitted after July 15<sup>th</sup> may delay processing for new school year.**

Attach student photo here

<b>Student</b> 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><b>1. Diagnosis:</b> _____ ICD-10 Code: <input type="checkbox"/> _____</p> <p><b>Medication:</b> _____                  Generic and/or Brand Name                  Preparation/Concentration: _____                  Dose: _____ Route: _____</p> <p><b>Student Skill Level (Select the most appropriate option):</b>  <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; width: 60px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <p><b>Practitioner's Initials</b>   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  <b>AND/OR</b>  <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><b>2. Diagnosis:</b> _____ ICD-10 Code: <input type="checkbox"/> _____</p> <p><b>Medication:</b> _____                  Generic and/or Brand Name                  Preparation/Concentration: _____                  Dose: _____ Route: _____</p> <p><b>Student Skill Level (Select the most appropriate option):</b>  <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; width: 60px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <p><b>Practitioner's Initials</b>   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  <b>AND/OR</b>  <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><b>3. Diagnosis:</b> _____ ICD-10 Code: <input type="checkbox"/> _____</p> <p><b>Medication:</b> _____                  Generic and/or Brand Name                  Preparation/Concentration: _____                  Dose: _____ Route: _____</p> <p><b>Student Skill Level (Select the most appropriate option):</b>  <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; width: 60px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <p><b>Practitioner's Initials</b>   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  <b>AND/OR</b>  <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)

---



---

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

## 약물 투여 양식

본 양식은 천식 또는 알레르기 투약에는 사용할 수 없습니다.

주치의 투약 지시 양식 | 학교 보건 담당실 | 2018-2019 학년도

제출 마감일: 7월 15일. 7월 15일 이후 양식을 제출할 경우 신 학년도 서비스 제공이 지연될 수 있습니다.

학부모/보호자께서는 아래 서명해 주십시오

저는 이에 서명함으로써 다음 내용에 동의합니다:

1. 저는 제 자녀의 의사 지시에 따라 학교에서 약물을 보관하고 투약하는 것에 동의합니다. 또한 저는 제 자녀의 의료에 필요한 일체의 장비를 학교에 보관하고 사용하는 것에 동의합니다.
2. 저는 다음을 이해합니다:
  - 제 자녀의 약물 및 관련 장비는 반드시 제가 학교 간호사에게 제공해야 합니다.
  - 제가 학교에 제공하는 모든 처방된 또는 약국에서 구입한(“over-the-counter”) 약품은 개봉되지 않은 새 제품으로 제품 본래의 병이나 박스에 담긴 것이어야 합니다. 제 자녀가 학교 외의 장소나 견학 등에서 사용할 수 있도록 별도의 약물을 준비하겠습니다.
    - 처방 약물은 반드시 박스나 병에 **고유**의 약국 라벨이 붙어 있어야 합니다. 라벨에는 반드시 다음 내용이 포함되어야 합니다: 1) 제 자녀의 성명, 2) 약국명 및 전화번호, 3) 제 자녀의 주치의 성명, 4) 날짜, 5) 리필 횟수, 6) 약물 이름, 7) 투약 용량, 8) 약물 투약 시기, 9) 투약 방법 및 10) 기타 지시 사항.
  - 제 자녀의 약물이나 주치의의 지시 내용에 변동이 있을 경우 저는 즉시 학교 간호사에게 이 사실을 알려야 합니다.
  - **학생이 통제 약물을 학교에 가져오거나 스스로 투약하는 것은 철저히 금지되어 있습니다.**
  - 학교 보건 담당실(OSH) 및 제 자녀에게 보건 서비스(들)를 제공하는 그 대행기관들은 본 양식의 정확성에 의존하고 있습니다.
  - 본 투약 허가 양식(MAF)에 서명함으로써, OSH는 제 자녀에게 보건 서비스를 제공할 수 있습니다. 이러한 서비스에는 OSH 의사 또는 간호사가 실시하는 임상 평가나 신체 검사 등이 포함될 수 있습니다.
  - 본 MAF에 명시된 투약 지시의 시효는 제 자녀의 학년도(써머 세션 포함 가능)말, 또는 제가 학교 간호사에게 신규 MAF를 제공하는 시점(둘 중에 더 빠른 시점)을 기준으로 종료됩니다.
  - 본 양식은 저의 동의 및 본 양식에 명시된 투약 서비스 요청을 대변합니다. 그러나 이것은 OSH에서 요청된 서비스를 제공하는 것에 동의함을 뜻하지는 않습니다. 만약 OSH에서 이러한 서비스를 제공하기로 결정한 경우, 제 자녀는 학생 조정 계획도 필요하게 될 것입니다. 이 계획은 학교에서 작성합니다.
  - OSH는 제 자녀의 상태나 투약 또는 치료에 관해 필요하다고 생각되는 추가 정보를 입수할 수 있습니다. OSH는 이러한 정보를 제 자녀에게 보건 서비스를 제공한 적이 있는 그 어떤 의사, 간호사, 약사로부터도 입수할 수 있습니다.
  - 학교 간호사가 없을 경우, 학교에서는 제가 학교에 직접 가서 제 자녀에게 투약하도록 연락할 수 있습니다.

### 약물 자가 투여:

- 저는 제 자녀가 혼자서 투약할 수 있도록 완전하게 훈련 받았음을 인증/확인합니다. 저는 제 자녀가 본 양식에 명시된 약물을 혼자서 학교에 가져가고, 보관하고 투약하는 것에 동의합니다. 저는 상기 명시된 약물을 병이나 상자에 담아 제 자녀에게 주는 것에 관한 온전한 책임을 지고 있습니다. 또한 저는 제 자녀의 약물 사용 모니터 및 자녀가 학교에서 본 약물을 사용함으로써 야기되는 모든 결과에 대한 책임을 지겠습니다. 학교 간호사는 제 자녀가 스스로 이 약물을 소지하고 투약할 수 있는 능력에 관해 확인해 줄 것입니다. 또한 저는 학교에 “비상” 약품을 명확히 라벨이 부착된 병이나 상자에 담아 제공하는 것에 동의합니다.
- 저는 제 자녀가 일시적으로 해당 약품을 자가 투여하지 못할 때를 대비하여 학교 간호사나 훈련된 학교 직원이 투약하는 것에 동의합니다.

**주의: 학교에서 견학가는 날이나 학교 외의 장소에서 실시되는 활동에는 자녀의 약품과 장비를 챙겨 보내시는 것을 권장합니다.**

학생 성	이름	미들네임	생년월일	학교
학부모/보호자 성명 인쇄체로 기입	<b>여기에 서명</b> →			학부모/보호자의 서명
서명일	학부모/보호자 이메일		학부모/보호자의 주소	
전화번호: 주중	자택		휴대전화 번호	
기타 비상 연락 정보	연락처 전화번호			

### For Office of School Health (OSH) Use Only / 학교 보건 담당실(OSH) 작성란

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	<input type="checkbox"/> School Based Health Center
		<i>(For supervised students only)</i>	
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			

\*가일 정보는 이메일로 보내지 마십시오