

# 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> <p><input type="checkbox"/> I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school / fieldtrips / school sponsored events.</p> <p>Practitioner's Initials _____</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> <p><input type="checkbox"/> I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school / fieldtrips / school sponsored events.</p> <p>Practitioner's Initials _____</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> <p><input type="checkbox"/> I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school / fieldtrips / school sponsored events.</p> <p>Practitioner's Initials _____</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 ____/____/____	

## دوائیاں دینے کا فارم

اس فارم کو ذمہ یا الرجی دوائیوں کے لیے استعمال نہیں کرنا چاہیے  
 فراہم کنندہ کے لیے دوائیاں آرڈر کرنے کا فارم | اسکول کا دفتر صحت | اسکولی سال 2018-2019  
 آخری تاریخ: 15 جولائی 15 جولائی کے بعد جمع کروانے کے لیے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کر سکتے ہیں۔  
 والدین / سرپرست ذیل میں پر کریں

### ذیل میں دستخط کر کے میں متفق ہوں:

- میں اپنے بچے کی دوا اسکول میں محفوظ کیے جانے اور میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت فراہم کنندہ کی ہدایات کے مطابق دیے جانے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں، میرے بچے کی دوا کے لیے درکار کسی بھی آلات کے اسکول میں محفوظ اور استعمال کیے جانے کی بھی اجازت دیتا ہوں۔
- میں سمجھتا ہوں کہ:
  - مجھے اسکول نرس کو اپنے بچے کی دوا اور آلات دینے لازمی ہیں۔
  - تمام نسخے والی اور "کاونٹنر پر ملنے والی" دوائیاں جو میں اسکول کو دوں گا وہ نئی، بند، اور اصل بوتل یا ڈبے میں ہونی لازمی ہیں۔ میں اپنے بچے کے استعمال کے لیے ایک اور دوا لے لوں گا جب وہ گھر پر ہو یا اسکول ٹرپ پر ہو،
    - نسخے والی دوا کے ڈبے یا بوتل پر اصل فارمیسی کا لیبل ہونا لازمی ہے۔ لیبل پر شامل ہونا چاہیے: (1) میرے بچے کا نام، (2) فارمیسی کا نام اور فون نمبر، (3) میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کا نام، (4) تاریخ، (5) دوبارہ بھرنے (refill) کی تعداد، (6) دوا کا نام، (7) خوراک، (8) دوا کب لی جائے گی، (9) دوا کس طرح لی جائے گی اور (10) دیگر ہدایات۔
  - مجھے اپنے بچے کی دوا یا صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات میں کسی بھی تبدیلی سے اسکول نرس کو فوراً آگاہ کرنا لازمی ہے۔
  - کسی بھی طالب علم کو ممنوعہ اشیاء رکھنے یا اپنے آپ لینے کی اجازت نہیں ہے۔
  - میرے بچے کو مذکورہ بالا صحت سے متعلقہ خدمت (خدمات) فراہم کرنے میں معاون اسکول کا دفتر صحت (OSH) اور اسکے کارندے اس فارم پر دی گئی معلومات کی درستگی پر انحصار کرتے ہیں۔
  - اس دوائیاں دینے کا فارم (MAF) پر دستخط کر کے اسکول کا دفتر صحت (OSH) میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کر سکتا ہے۔ ان خدمات میں OSH کے طبی نگہداشت پیشہ ور یا نرس کے ذریعے کلینکل تشخیص یا ایک جسمانی امتحان شامل ہو سکتا ہے۔
  - اس MAF میں دوا کا آرڈر میرے بچے کے تعلیمی سال کے آخر میں ختم ہو جائے گا، جس میں گرما کا سیشن شامل ہو سکتا ہے، یا جب میں اسکول نرس کو ایک نیا MAF فراہم کروں (جو بھی جلد واقع ہو)
  - یہ فارم میری اجازت اور اس فارم میں بیان کردہ ذیابطیس خدمات کی درخواست کی نمائندگی کرتا ہے۔ یہ OSH کی جانب سے درخواست کردہ خدمات فراہم کیے جانے کا معاہدہ نہیں ہے۔ اگر OSH یہ خدمات فراہم کرنے کا فیصلہ کرے تو میرے بچے کو ایک طلبا کی سہولیات کا منصوبہ بھی درکار ہو سکتا ہے۔ یہ منصوبہ اسکول کے ذریعے مکمل کیا جائے گا۔
  - OSH دیگر کوئی بھی معلومات حاصل کر سکتا ہے جو انکے خیال میں میرے بچے کی طبی صورت حال، دوا یا علاج کے لیے درکار ہو۔ OSH یہ معلومات کسی بھی طبی نگہداشت کے پیشہ ور، نرس، یا دوا فروش سے حاصل کر سکتا ہے جنہوں نے میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کی ہیں۔
  - اگر اسکول نرس نہ دستیاب ہو، تو مجھے اپنے بچے کو دوا دینے کے لیے اسکول آنے کا کہا جاسکتا ہے۔

### خود سے دوا لینا:

- میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میرا بچہ مکمل تربیت یافتہ ہے اور وہ خود سے دوا لے سکتا / سکتی ہے۔ میں اپنے بچے کو اس فارم پر دی گئی دوا اسکول میں لانے، محفوظ کرنے اور خود سے لینے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں مذکورہ بالا کے مطابق اپنے بچے کو یہ دوا بوتلوں یا ڈبوں میں دینے کا ذمہ دار ہوں۔ میں اپنے بچے کے دوا کے استعمال کرنے، اور اسکول میں میرے بچے کے اس دوا کے استعمال کے نتائج کا بھی ذمہ دار ہوں۔ اسکول نرس میرے بچے کی دوا ساتھ رکھنے اور خود سے لینے کی اہلیت کا فیصلہ کرے گی۔ میں اسکول کو "بیک اپ" دوا ایک واضح لیبل والے ڈبے یا بوتل میں دینے پر بھی رضامند ہوں۔
- میں اسکول نرس یا تربیت یافتہ اسکول عملے کو میرے بچے کو دوا دینے کی اجازت دیتا ہوں اگر میرا بچہ عارضی طور پر دوا ساتھ رکھنے اور خود سے لینے سے قاصر ہو۔

نوٹ: اس بات کو ترجیح دی جاتی ہے کہ آپ اسکول تفریحی دورے کے دن اور اسکول سے باہر سرگرمیوں کے لیے اپنے بچے کے لیے دوا اور آلات بھیجیں۔

طالب علم آخری نام	پہلا نام	درمیانی نام کا پہلا حرف	تاریخ پیدائش	اسکول
والدین / سرپرست کا نام جلی حروف میں	والدین سرپرست کی ای میل	والدین / سرپرست کا پتہ	یہاں دستخط کریں	
دستخط کی تاریخ	گھر	سیل فون	رابطے کا ٹیلیفون نمبر	
ٹیلیفون نمبر: دن کا	رابطے کا ٹیلیفون نمبر	بنگامی صورت میں متبادل رابطہ فرد کا نام		

For Office of School Health (OSH) Use Only / صرف اسکول کا دفتر صحت (OSH) عملے کے استعمال کے لیے

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	(For supervised students only)		
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			

\*رازداری کی معلومات کو ای میل ذریعے نہیں بھیجا جانا چاہیے