

Прикрепить
фотографию
учащегося

ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ
ПОМИМО ДИАБЕТИЧЕСКИХ, ПРОТИВОСУДОРОЖНЫХ, ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКИХ ИЛИ ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ
Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | 2022-2023 уч. г.
Вернуть школьной медсестре.

Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

Фамилия ребенка: _____ Имя: _____ Ср. имя: _____ Дата рождения: _____
OSIS учащегося: _____ Пол: мужской женский
Школа (название, номер, адрес и район): _____ Шк. округ DOE: _____ Уч. уровень: _____ Класс _____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW / ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ РЕБЕНКА

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: _____

ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПОМИМО ДИАБЕТИЧЕСКИХ, ПРОТИВОСУДОРОЖНЫХ, ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКИХ ИЛИ ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | 2022-2023 уч. г.

Вернуть школьной медсестре.

Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

ВНИМАНИЮ РОДИТЕЛЕЙ И ОПЕКУНОВ! ПРОЧИТАЙТЕ, ЗАПОЛНИТЕ И ПОДПИШИТЕ. Я, НИЖЕПОДПИСАВШИЙСЯ, ВЫРАЖАЮ СОГЛАСИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЕ:

- Я даю согласие на хранение и выдачу ребенку в школе лекарства в соответствии с предписаниями его лечащего врача. Также даю согласие на хранение и применение в школе необходимых средств для введения лекарственного препарата.
- Я понимаю, что
 - Мне требуется обеспечить школьную медсестру лекарственным препаратом и необходимыми средствами для его введения.
 - Все предоставляемые школе рецептурные и безрецептурные лекарственные препараты должны быть новыми, в запечатанной фабричной или аптечной упаковке. Я обеспечу школу непросроченным, назначенным на текущее время лекарством для его приема ребенком в течение учебного дня
 - Рецептурный препарат должен быть в оригинальной упаковке с аптечной этикеткой, на которой должны быть указаны 1) имя и фамилия ребенка, 2) название и телефон аптеки, 3) имя и фамилия врача ребенка, 4) дата, 5) число повторных заказов, 6) название препарата, 7) доза, 8) время приема, 9) способ применения и 10) другие инструкции.
 - Я обязан незамедлительно уведомлять школьную медсестру обо всех изменениях в лекарственных препаратах ребенка или инструкциях его лечащего врача.
 - Учащимся запрещается иметь при себе или самостоятельно принимать контролируемые вещества.
 - Сотрудники Отдела школьного здравоохранения (OSH) и его представители, ответственные за предоставление ребенку вышеуказанной услуги/услуг, руководствуются информацией, представленной в данной форме.
 - Своей подписью в Запросе на выдачу лекарств (MAF) я разрешаю Отделу школьного здравоохранения (Office of School Health, OSH) оказывать медицинские услуги ребенку. 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, который может включать летние занятия, или по представлении мной новой формы MAF школьной медсестре (в зависимости от того, что наступит ранее). По истечении этого врачебного предписания я представлю школьной медсестре новую форму MAF, заполненную лечащим врачом ребенка. В дальнейшем Отделу школьного здравоохранения не понадобится моя подпись для оформления MAF.
 - Данная форма представляет собой мой запрос и разрешение на указанные услуги по выдаче лекарств. Она не является договором с OSH об оказании запрашиваемых услуг. В случае согласия OSH на предоставление этих услуг, ребенку также потребуется План адаптации (Student Accommodation Plan), который оформляется школой.
 - В целях предоставления медицинских услуг или лечения моего ребенка я разрешаю OSH обращаться за необходимой информацией о состоянии здоровья ребенка, его лекарствах и/или лечении к врачам, медсестрам и фармацевтам, предоставляющим ребенку медицинские услуги.

САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

- Настоящим заявляю/подтверждаю, что ребенок прошел обучение и может принимать лекарство самостоятельно. Я также разрешаю ребенку иметь при себе, хранить и самостоятельно принимать в школе указанное в форме лекарство. Я несу ответственность за предоставление ребенку лекарственных средств в упаковке, как описано выше. Я также несу ответственность за контроль приема 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 даю согласие на предоставление запасного лекарства в упаковке с разборчивой этикеткой для хранения в школе.

ПРИМЕЧАНИЕ. В дни школьных экскурсий и внешкольных мероприятий вы должны обеспечить ребенка лекарственным препаратом и средствами его введения.

Сведения об учащемся. Фамилия: _____ Имя: _____ Ср. имя _____ Дата рождения: _____

Сведения о школе (номер DBN/название в ATS): _____ Район: _____ Округ: _____

Сведения о родителе/опекуне. Имя и фамилия (печатными буквами): _____ Имейл: _____

Подпись родителя/опекуна: _____ Дата подписания: _____

Адрес родителя/опекуна: _____

Телефоны: Дневной: _____ Домашний _____ Мобильный: _____

Другое контактное лицо для срочной связи

Имя и фамилия: _____ Родство с учащимся: _____ Телефон: _____

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