



FORMULAIRE D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS CONTRE LES CRISES D'ÉPILEPSIE

Formulaire d'ordonnance médicale du prestataire | Bureau de la santé scolaire | Année scolaire 2021-2022

À retourner à l'infirmière scolaire. Les formulaires soumis après le 1^{er} juin peuvent retarder leur traitement pour la nouvelle année scolaire.

Nom de famille de l'élève : _____ Prénom : _____ Initiale : _____ Date de naissance : _____

Numéro OSIS : _____ Sexe : Masculin Féminin

École (nom, numéro, adresse et borough) : _____ District du DOE : _____ Grade : _____ Classe : _____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

Diagnosis/Seizure Type:

- Localization related (focal) epilepsy
 Primary generalized
 Secondary generalized
 Childhood/juvenile absence
 Myoclonic
 Infantile spasms
 Non-convulsive seizures
 Other (please describe below)

Seizure Type	Duration	Frequency	Description	Triggers/Warning Signs/Pre-Ictal Phase

Post-ictal presentation:

Seizure History: Describe history & most recent episode (date, trigger, pattern, duration, treatment, hospitalization, ED visits, etc.):

Status Epilepticus? No Yes Has student had surgery for epilepsy? No Yes - Date: _____

TREATMENT PROTOCOL DURING SCHOOL:

A. In-School Medications

Student Skill Level (select the most appropriate option)

- Nurse-Dependent Student: nurse/nurse-trained staff must administer
 Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
 Independent Student: student is self-carry/self-administer

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

Name of Medication	Formulation	Dose	Route	Frequency or Time	Side Effects/Specific Instructions

B. Emergency Medication(s) (list in order of administration) [Nurse must administer] ; CALL 911 immediately after administration

Name of Medication	Concentration/Preparation	Dose	Route	Administer After	Side Effects/Specific Instructions
				min	
				min	

C. Does student have a Vagal Nerve Stimulator (VNS)? (any trained adult can administer) No Yes, If YES, describe magnet use:

- Swipe magnet
 immediately
 within _____ min; if seizure continues, repeat after _____ min _____ times

Give emergency medication after _____ min and call 911

Activities:

Adaptive/protective equipment (e.g., helmet) used? No Yes

Gym/physical activity participation restrictions? No Yes - If YES, please complete the Medical Request for Accommodations Form

Other: _____

504 accommodations requested (e.g., supervision for swimming)? Yes (attach form) No

Home Medication(s) <input type="checkbox"/> None	Dosage, Route, Directions	Side Effects/Specific Instructions

Other special instructions:

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

(Please Check one: MD, DO, NP, PA)

Address: _____ E-mail address: _____

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

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

FORMULAIRE D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS CONTRE LES CRISES D'ÉPILEPSIE

Formulaire d'ordonnance médicale du prestataire | Bureau de la santé scolaire | Année scolaire 2021-2022

À retourner à l'infirmière scolaire. Les formulaires présentés après le 1 juin pourraient causer du retard dans leur traitement pour la nouvelle année scolaire.

PARENTS/TUTEURS/TUTRICES : LISEZ, COMPLÉTEZ ET SIGNEZ. EN SIGNANT CI-DESSOUS, J'ACCEPTÉ CE QUI SUIT :

- Je consens à ce que les médicaments de mon enfant soient conservés et administrés à l'école selon les instructions de son médecin. Je consens également à ce que tout équipement nécessaire aux médicaments de mon enfant soit conservé et utilisé à l'école.
- Je comprends que :**
 - Je dois donner à l'infirmière scolaire les médicaments de mon enfant ainsi que l'équipement nécessaire.
 - Tous les médicaments prescrits et « en vente libre » que je remets à l'école doivent être neufs, non ouverts et dans leur emballage ou flacon d'origine.** Je fournirai à mon enfant un autre médicament à utiliser en dehors de l'école ou lors des sorties scolaires.
 - La boîte ou le flacon des médicaments prescrits doivent porter l'étiquette **d'origine** de la pharmacie. L'étiquette doit indiquer : 1) le nom de mon enfant, 2) le nom et le numéro de téléphone de la pharmacie, 3) le nom du médecin de mon enfant, 4) la date, 5) le nombre de renouvellements, 6) le nom du médicament, 7) la posologie, 8) quand prendre le médicament, 9) le mode d'administration du médicament et 10) toute autre instruction.
 - Je dois **immédiatement** informer l'infirmière de l'école de tout changement concernant le médicament de mon enfant ou les instructions de son médecin.
 - Aucun élève n'est autorisé à transporter ou à s'administrer des substances contrôlées.**
 - Le Bureau de la santé scolaire (Office of School Health - OSH) et son personnel qui participent à l'administration des services de santé dispensés à mon enfant et indiqués ci-dessus se fient à l'exactitude des informations de ce formulaire.
 - En signant ce formulaire pour l'administration de médicaments (MAF), j'autorise l'OSH à dispenser des services de santé à mon enfant. Ces services peuvent comprendre une évaluation clinique ou un examen médical par un professionnel de santé ou une infirmière de l'OSH.
 - L'ordonnance médicale contenue dans ce MAF expire à la fin de l'année scolaire de mon enfant, ce qui peut inclure la session d'été, ou lorsque je donne un nouveau MAF à l'infirmière de l'école (selon l'évènement survenant en premier). Lorsque l'ordonnance médicale arrivera à expiration, je donnerai à l'infirmière de l'école de mon enfant un nouveau MAF rempli par son médecin. L'OSH n'aura pas besoin de ma signature pour rédiger de nouveaux MAF.
 - Ce formulaire représente mon consentement et ma demande pour les services d'administration de médicaments indiqués ici. Cela ne constitue pas un accord de l'OSH pour fournir les services demandés. Si l'OSH décide de dispenser ces services, mon enfant peut également avoir besoin d'un plan d'aménagement scolaire. Ce plan sera mis en place par l'école.
 - L'OSH peut obtenir toutes les informations qu'il estime nécessaires sur l'état de santé, les médicaments ou le traitement de mon enfant. L'OSH peut obtenir ces informations auprès des professionnels de santé, des infirmières ou des pharmaciens ayant dispensé des services de santé à mon enfant.
 - Si l'infirmière scolaire n'est pas disponible, l'école peut me demander de me rendre à l'école pour donner le médicament à mon enfant.

AUTOADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS (médicaments non urgents) :

- Je déclare/j'atteste que mon enfant est pleinement formé(e) et qu'il ou elle peut prendre son médicament en toute autonomie. J'accepte que mon enfant transporte, conserve et s'administre à l'école en toute autonomie le médicament prescrit sur ce formulaire. J'ai la responsabilité de donner à mon enfant ces médicaments dans leurs boîtes ou flacons, comme décrit ci-dessus. Je suis également responsable de la surveillance de la prise de médicaments par mon enfant et de toutes les conséquences de l'utilisation de ce médicament par mon enfant à l'école. L'infirmière scolaire attestera de l'aptitude de mon enfant à transporter le médicament et à se l'administrer. Je consens également à donner à l'école un médicament « de secours » dans une boîte ou un flacon dont l'étiquette est visible.
REMARQUE : il est préférable de fournir les médicaments et le matériel de votre enfant lors de sorties scolaires et d'activités scolaires à l'extérieur de l'école.

Nom de famille de l'élève : _____ Prénom : _____ Initiale : _____ Date de naissance : _____

Nom/numéro de l'école : _____ Borough : _____ District : _____

Nom du parent/tuteur/de la tutrice (majuscules) : _____ E-mail du parent/tuteur/de la tutrice : _____

Signature du parent/tuteur/de la tutrice : _____ Date de signature : _____

Adresse du parent/tuteur/de la tutrice : _____

Numéros de téléphone : En journée : _____ Domicile : _____ Téléphone portable : _____

Autre contact d'urgence :

Nom : _____ Lien avec l'élève : _____ Numéro de téléphone : _____

For Office of School Health (OSH) Use Only/Réservé à l'usage du Bureau de la santé scolaire (OSH)

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