



Прикрепить  
фотографию  
учащегося

**ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ПРОТИВОСУДОРОЖНЫХ СРЕДСТВ**  
 Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | 2021-2022 уч. г.  
 Вернуть школьной медсестре.

Поддача 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: \_\_\_\_\_

**Diagnosis/Seizure Type: HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW / ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ РЕБЕНКА**

- 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: \_\_\_\_\_

# ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ПРОТИВОСУДОРОЖНЫХ СРЕДСТВ

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | 2021-2022 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.** Для применения вне школы и во время школьных поездок обязуюсь предоставить ребенку другое лекарство.
    - о 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(а) **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.**
  - Отдел 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 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 потребуются План адаптации (Student Accommodation Plan), который оформляется школой.
  - OSH вправе обращаться за необходимой информацией о состоянии здоровья ребенка, его лекарствах и/или лечении к врачам, медсестрам и фармацевтам, предоставляющим ребенку медицинские услуги.
  - В случае отсутствия школьной медсестры я могу быть уведомлен о необходимости явиться в школу для выдачи лекарства ребенку.

## САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ (КРОМЕ ПРЕПАРАТОВ СРОЧНОЙ ПОМОЩИ):

- Настоящим заявляю/подтверждаю, что ребенок прошел обучение и может принимать лекарство самостоятельно. Я разрешаю ребенку иметь при себе, хранить и самостоятельно принимать в школе указанное в данной 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: \_\_\_\_\_

Название/номер школы: \_\_\_\_\_ 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 / Для служебных отметок 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