

Photo de l'élève à joindre ici

# FORMULAIRE D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS EN CAS D'ANAPHYLAXIE/D'ALLERGIES

Formulaire d'ordonnance médicale du prestataire | Bureau de la santé scolaire | Année scolaire 2019-2020

**Veillez le retourner à l'infirmier(ère) scolaire. Les formulaires présentés après le 31 mai 2019 pourraient causer du retard dans leur traitement pour la nouvelle année scolaire.**

Student Last Name _____	First Name _____	Middle _____	Date of birth ____/____/____ M M D D Y Y Y Y	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female
OSIS Number _____		Weight _____ kg			
School (include name, number, address and borough) _____			DOE District ____	Grade _____	Class _____

## PARTIE À COMPLÉTER PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Specify Allergy	Specify Allergy	Specify Allergy
<input type="checkbox"/> Allergy to _____	<input type="checkbox"/> Allergy to _____	<input type="checkbox"/> Allergy to _____
History of asthma? <input type="checkbox"/> Yes (If yes, student has an increased risk for a severe reactor) <input type="checkbox"/> No	Does this student have the ability to:	
History of anaphylaxis? <input type="checkbox"/> Yes Date ____/____/____ <input type="checkbox"/> No	Self-Manage (See 'Student Skill Level' below) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
If yes, system affected <input type="checkbox"/> Respiratory <input type="checkbox"/> Skin <input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Neurologic	Recognize signs of allergic reactions <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Treatment _____ Date ____/____/____	Recognize/avoid allergens independently <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

### Select In School Medications

#### 1. SEVERE REACTION

##### A. Immediately administer medication ordered below, then call 911.

- Epinephrine Auto-Injector 0.15 mg
- Epinephrine Auto-Injector 0.3 mg (retractable devices preferred) intramuscularly into the anterolateral of thigh for **any** of the following symptoms:
  - Shortness of breath, wheezing, or coughing
  - Pale or bluish skin color
  - Weak pulse
  - Many hives or redness over body
  - Fainting or dizziness
  - Tight or hoarse throat
  - Trouble breathing or swallowing
  - Lip or tongue swelling that bothers breathing
  - Vomiting or diarrhea (if severe or combined with other symptoms)
  - Feeling of doom, confusion, altered consciousness or agitation
- Other: \_\_\_\_\_
- If this box is checked, child has an extremely severe allergy to an insect sting or the following food(s): \_\_\_\_\_

Even if child has MILD symptoms after a sting or eating these foods, **give epinephrine.**

##### B. If no improvement, or if symptoms recur, repeat in \_\_\_\_\_ minutes for maximum of \_\_\_\_\_ times (not to exceed a total of 3 doses)

##### 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

Independent Student: student is self-carry/self-administer

*I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/fieldtrips/school sponsored events.*

Practitioner's Initials

#### 2. MILD REACTION

##### A. Give antihistamine: Name: \_\_\_\_\_ Preparation/Concentration: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Route: \_\_\_\_\_ Frequency: Q4 hours or Q6 hours as needed for **any** of the following symptoms:

- Itchy nose, sneezing, itchy mouth
- A few hives or mildly itchy skin
- Mild stomach nausea or discomfort
- Other: \_\_\_\_\_

##### B. If symptoms of severe allergy/anaphylaxis develop, or if more than one symptom from each system is present, use epinephrine and call 911.

##### 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

Independent Student: student is self-carry/self-administer

*I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/fieldtrips/school sponsored events.*

Practitioner's Initials

#### 3. OTHER MEDICATION

##### • Give Name: \_\_\_\_\_ Preparation/Concentration: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Route: \_\_\_\_\_ Frequency: Q \_\_\_\_\_ minutes hours as needed

Specify signs, symptoms, or situations: \_\_\_\_\_

If no improvement, indicate instructions: \_\_\_\_\_

Conditions under which medication should not be given: \_\_\_\_\_

##### 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

*I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/fieldtrips/school sponsored events.*

Practitioner's Initials

### Home Medications (include over-the-counter)

Health Care Practitioner Name LAST FIRST  
(Please print and circle one: MD, DO, NP, PA)

Signature

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Address

Tel. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fax. (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

NYS License # (Required)

NPI #

# FORMULAIRE D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS EN CAS D'ANAPHYLAXIE/D'ALLERGIES

Formulaire d'ordonnance médicale du prestataire | Bureau de la santé scolaire | Année scolaire 2019-2020  
Veuillez le retourner à l'infirmier(ère) scolaire. Les formulaires présentés après le 31 mai 2019 pourraient causer du retard dans leur traitement pour la nouvelle année scolaire.

## PARTIE À COMPLÉTER PAR LES PARENTS/TUTEURS/TUTRICES

### EN SIGNANT CI-DESSOUS, JE SUIS D'ACCORD AVEC 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 à ses médicaments soit conservé et utilisé à l'école.
- Je comprends que :
  - Je dois donner à l'infirmier(ère) scolaire les médicaments de mon enfant ainsi que l'équipement nécessaire à leur administration. Je donnerai à l'école les stylos auto-injecteurs d'adrénaline (épinéphrine) avec aiguilles rétractables.
  - 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 donnerai à l'école les médicaments actuels et non périmés que mon enfant pourra utiliser pendant les jours de classe.**
    - 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 déclare/j'atteste avoir consulté le médecin de mon enfant et je consens à ce que le Bureau de la santé scolaire (Office of School Health - OSH) administre le médicament de mon enfant conservé en réserve si l'auto-injecteur d'adrénaline (épinéphrine) ou le médicament prescrit pour contrôler son asthme ne sont pas disponibles.
  - Je dois **immédiatement** informer l'infirmier(ère) de l'école de tout changement concernant le médicament de mon enfant ou les instructions de son médecin.
  - L'OSH et son personnel qui participent à l'administration des services de santé prodigués à mon enfant et indiqués ci-dessus se fient à l'exactitude des informations de ce formulaire.
  - En signant ce formulaire d'administration de médicaments (Medication Administration Form - MAF), j'autorise l'OSH à prodiguer des soins médicaux à mon enfant. Ces services peuvent comprendre, entre autres, une évaluation clinique et un examen médical par un professionnel de santé ou un(e) infirmier(ère) de l'OSH.
  - L'ordonnance 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'infirmier(ère) de l'école (selon l'évènement survenant en premier).
  - Ce formulaire représente mon consentement et ma demande pour que les services indiqués dans ce dernier soient prodigués en cas de réaction allergique. Cela ne constitue pas un accord de l'OSH pour l'administration des services demandés. Si l'OSH décide de les administrer, mon enfant peut également avoir besoin d'un Plan scolaire d'aménagements. Ce plan sera mis en place par l'école.
  - Afin de prodiguer des soins ou un traitement à mon enfant, l'OSH est en droit d'obtenir toute autre information qu'il estime être nécessaire concernant l'état de santé, les médicaments ou le traitement de mon enfant. L'OSH peut obtenir ces informations de tout professionnel de santé, infirmier(ère), ou pharmacien ayant prodigué des services de santé à mon enfant.

### AUTO-ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS (UNIQUEMENT POUR LES ÉLÈVES AUTONOMES) :

- Je déclare/j'atteste que mon enfant a été pleinement formé(e) et qu'il/elle peut prendre son médicament lui-même/elle-même. Je consens à ce que mon enfant transporte, conserve et s'administre lui-même/elle-même à l'école le médicament prescrit dans ce formulaire. J'ai la responsabilité de donner à mon enfant ce médicament mis en flacon ou boîte comme décrit plus haut. Je dois également surveiller la prise de médicaments par mon enfant et tous les résultats suivant la prise de ces médicaments par mon enfant à l'école. L'infirmier(ère) scolaire attestera de l'aptitude de mon enfant à transporter son médicament et à se l'administrer. Je consens également à donner à l'école un médicament « de secours » dans une boîte ou un flacon clairement étiquetés.
- J'accepte que l'infirmier(ère) de l'école ou tout membre du personnel formé administre le médicament à mon enfant s'il/si elle est temporairement incapable de le transporter et de se l'administrer lui-même/elle-même.
- J'accepte que l'infirmier(ère) de l'école ou tout membre du personnel formé administre le médicament à mon enfant s'il/si elle est temporairement incapable de le transporter et de se l'administrer lui-même/elle-même.

**REMARQUE : Si vous décidez d'utiliser les médicaments conservés en réserve, vous devez fournir à votre enfant son stylo auto-injecteur d'adrénaline (épinéphrine), un inhalateur contre l'asthme et tout autre médicament approuvé que l'enfant peut prendre seul(e) lors des sorties scolaires et/ou programmes proposés après l'école pour les avoir à portée de main. Les médicaments en réserve sont pour l'usage du personnel de l'OSH à l'école.**

Nom de famille de l'élève	Prénom	Initiale 2d prénom	Date de naissance ___/___/___	École
ATSDBN/nom de l'école			Borough	District
Nom du parent/tuteur/de la tutrice (Majuscules)			<b>SIGNEZ ICI</b> Signature parent/tuteur/tutrice	Signé le ___/___/___
E-mail du parent/tuteur/de la tutrice			Adresse du parent/tuteur/de la tutrice	
Numéros de téléphone : En journée (____) ____ - ____ Domicile (____) ____ - ____ Portable (____) ____ - ____				
Autre personne à contacter en cas d'urgence		Lien avec l'élève	N° de téléphone (____) ____ - ____	

### Réservé à l'usage du Bureau de la santé scolaire (OSH)

OSIS Number:

Received by: Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Reviewed by: Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

504  IEP  Other

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

Modified  Not Modified