



ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКИХ/ПРОТИВОАНАФИЛАКТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

Врачебное предписание — Отдел школьного здравоохранения — 2019-2020 уч.г.

Просьба вернуть школьной медсестре. Обработка форм, отправленных после 31 мая 2019 г., может быть задержана и не завершена до начала нового учебного года.

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

ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ РЕБЕНКА ЗАПОЛНЯЕТ НИЖЕ

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)	<input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry/self-administer	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse/nurse-trained staff must administer	<i>I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/fieldtrips/school sponsored events.</i>	Practitioner's Initials
<input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision		
<input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry/self-administer		

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)	<input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry/self-administer	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Nurse Dependent Student: nurse must administer	<i>I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/fieldtrips/school sponsored events.</i>	Practitioner's Initials
<input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision		
<input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry/self-administer		

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)	<input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry/self-administer	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer	<i>I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/fieldtrips/school sponsored events.</i>	Practitioner's Initials
<input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision		

Home Medications (include over-the-counter)

Health Care Practitioner Name LAST (Please print and circle one: MD, DO, NP, PA)	FIRST	Signature	Date ___/___/____
Address		Tel. (____)____-____	Fax. (____)____-____
NYS License # (Required)	NPI #		

ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКИХ/ПРОТИВОАНАФИЛАКТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

Врачебное предписание — Отдел школьного здравоохранения – 2019-2020 уч.г.

Просьба вернуть школьной медсестре. Обработка форм, отправленных после 31 мая 2019 г., может быть задержана и не завершена до начала нового учебного года.

РОДИТЕЛИ/ОПЕКУНЫ ЗАПОЛНЯЮТ НИЖЕ

ПОДПИСАВШИСЬ НИЖЕ, Я ТЕМ САМЫМ ДАЮ СОГЛАСИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЕ:

- Настоящим я разрешаю хранить и выдавать в школе лекарственный препарат в соответствии с инструкциями лечащего врача ребенка, а также хранить и применять в школе необходимые средства для его введения.
- Я понимаю, что:
 - Мне требуется обеспечить школьную медсестру лекарственным препаратом и необходимыми средствами для его введения. Я должен предпринять усилия, чтобы обеспечить школу автоинъектором с эпинефрином (с убирающейся иглой).
 - Все рецептурные и безрецептурные лекарственные препараты, передаваемые мною в школу, должны быть новыми, нераспечатанными, в оригинальной упаковке. Я обеспечу школу непросроченным лекарством, принимаемым ребенком в настоящее время, для его приема ребенком в течение учебного дня.**
 - На упаковке рецептурного препарата должна быть оригинальная этикетка аптеки. Этикетка должна содержать: 1) имя и фамилию учащегося, 2) название и телефон аптеки, 3) имя и фамилию выписавшего препарат врача, 4) дату, 5) число повторных заказов, 6) название препарата, 7) дозу, 8) периодичность приема, 9) способ применения и 10) другие инструкции.
 - Настоящим я подтверждаю, что по согласованию с лечащим врачом ребенка я разрешаю Отделу школьного здравоохранения (OSH) применять имеющиеся в школе средства за неимением в школе прописанного ребенку противоастматического препарата или эпинефрина.
 - Я обязан **немедленно** уведомлять школьную медсестру обо всех изменениях в лекарственных препаратах ребенка или инструкциях его лечащего врача.
 - OSH, их представители и сотрудники, причастные к оказанию медицинских услуг моему ребенку, полагаются на достоверность приведенной мной информации.
 - Подписывая этот запрос на выдачу лекарств (Medication Administration Form, MAF), я даю Отделу школьного здравоохранения (OSH) свое согласие на предоставление ребенку медицинских услуг. 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 ребенка, куда может входить летняя программа, или в момент предоставления мною школьной медсестре нового MAF (в зависимости от того, что наступит раньше).
 - Данная форма представляет собой мое согласие и запрос на предоставление ребенку описанных в ней противоаллергических мер. Она не является договором с OSH об оказании запрашиваемых услуг. При установлении необходимости этих услуг учащемуся может потребоваться план адаптации (Student Accommodation Plan), который будет составлен школой.
 - В целях предоставления медицинских услуг или лечения моего ребенка я разрешаю OSH обращаться за необходимой им дополнительной информацией о состоянии его здоровья, лекарствах и/или процедурах к любым врачам, медсестрам и фармацевтам, предоставляющим медицинское обслуживание ребенка.

САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ (ТОЛЬКО ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНЫХ УЧАЩИХСЯ):

- Настоящим я подтверждаю, что мой ребенок обучен и способен самостоятельно принимать прописанное лекарство. Я также разрешаю ребенку иметь при себе, хранить и самостоятельно принимать в школе указанное в форме лекарство. Я несу ответственность за обеспечение ребенка этим препаратом в упаковках, как описано выше. Я также несу ответственность за его использования ребенком, а также за все последствия приема этого препарата в школе. Школьная медсестра удостоверит способность ребенка иметь при себе и самостоятельно принимать препарат. Я также согласен предоставить в школу запасную порцию препарата в упаковке с разборчиво надписанной этикеткой.
- Я разрешаю школьной медсестре или прошедшим подготовку сотрудникам школы обеспечивать прием препарата ребенком в случае временной утраты им способности хранить и принимать лекарство самостоятельно.
- Я разрешаю школьной медсестре или прошедшим подготовку сотрудникам школы обеспечивать прием препарата ребенком в случае временной утраты им способности хранить и принимать лекарство самостоятельно.

ПРИМЕЧАНИЕ: В дни школьных экскурсий и/или послеурочных программ вы должны обеспечить ребенка эпинефрином, противоастматическим ингалятором и другими утвержденными для самостоятельного приема лекарствами для использования в случае необходимости. Имеющиеся в школе препараты предназначены только для применения сотрудниками OSH в школе.

Учащийся Фамилия	Имя	Инициал ср. имени	Дата рождения ___/___/_____	Школа	
ATSDBN/Название школы			Район	Шк. округ	
Имя и фамилия родителя/опекуна (печатными буквами):			↓ подпись здесь ↓	Дата ___/___/_____	
Имейл родителя/опекуна			Подпись родителя/опекуна		
			Адрес родителя/опекуна		
Номера телефонов: Дневной (____) _____ - _____ Домашний (____) _____ - _____ Мобильный (____) _____ - _____					
Другое контактное лицо для срочной связи		Родство с учащимся	Телефон контактного лица (____) _____ - _____		

For Office of School Health (OSH) Use Only

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