



FORMULAIRE GÉNÉRAL D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS
CE FORMULAIRE NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ POUR LES MÉDICAMENTS CONTRE L'ASTHME ET LES 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 pourraient causer du retard dans leur traitement pour la nouvelle année scolaire.

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

PARTIE À COMPLÉTER PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

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 medication
 Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
 Independent Student: student is self-carry / self-administer (initial below)
 (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES)

Practitioner's Initials

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

In School Instructions

Standing daily dose: at ____:____ AM / PM and ____:____ AM / PM
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 medication
 Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
 Independent Student: student is self-carry / self-administer (initial below)
 (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES)

Practitioner's Initials

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

In School Instructions

Standing daily dose: at ____:____ AM / PM and ____:____ AM / PM
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 medication
 Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
 Independent Student: student is self-carry / self-administer (initial below)
 (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES)

Practitioner's Initials

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

In School Instructions

Standing daily dose: at ____:____ am / pm and ____:____ AM / PM
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)

Health Care Practitioner LAST NAME <small>(Please print and circle one: MD, DO, NP, PA)</small>	FIRST NAME	Signature
Address	Tel. No. (____) _____ - _____	Fax. No (____) _____ - _____
E-mail address	Cell phone (____) _____ - _____	
NYS License No (Required)	NPI No. _____	Date ____/____/____

FORMULAIRE GÉNÉRAL D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

CE FORMULAIRE **NE DOIT PAS** ÊTRE UTILISÉ POUR LES MÉDICAMENTS CONTRE L'ASTHME ET LES 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 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.
 - 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 l'école les médicaments actuels et non périmés pour l'usage de mon enfant 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 dois **immédiatement** informer l'infirmier(ère) 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), l'OSH peut dispenser des services de santé 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 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'infirmier(ère) de l'école (selon l'évènement survenant en premier).
 - Ce formulaire représente mon consentement et ma demande pour les services d'administration de médicaments indiqués dans ce dernier. Cela ne constitue pas un accord de l'OSH pour l'administration des services demandés. Si l'OSH décide de dispenser ces services, mon enfant peut également avoir besoin d'un Plan scolaire d'aménagements. Ce plan sera mis en place par l'école.
 - Afin de dispenser 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 dispensé des services de santé à mon enfant.

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

- Je déclare/j'atteste que mon enfant est 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 sur 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 médicament par mon enfant et tous les résultats suivant la prise de ce médicament par mon enfant à l'école. L'infirmier(ère) 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 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.

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 2d prénom	Date de naissance ___/___/_____	
ATSDBN/nom de l'école			Borough	District	
Nom du parent/tuteur/de la tutrice (Majuscules)			Signature parent/tuteur/tutrice		Signé le ___/___/_____
E-mail du parent/tuteur/de la tutrice			Adresse du parent/tuteur/de la tutrice		
Numéros de téléphone : 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