



**ОБЩИЙ ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ**  
**ТОЛЬКО ДЛЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПОМИМО ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКИХ/ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКИХ**  
 Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | 2019-2020 уч.г.  
 Просьба вернуть школьной медсестре. Обработка форм, отправленных после 31 мая, может быть задержана и не завершена до начала нового учебного года.

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

**ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ РЕБЕНКА ЗАПОЛНЯЕТ НИЖЕ**

|   |   |
|---|---|
| <p><b>1. Diagnosis:</b> _____ ICD-10 Code: <input type="checkbox"/> _____</p> <p><b>Medication:</b> _____<br/> <small>Generic and/or Brand Name</small></p> <p>Preparation/Concentration: _____</p> <p>Dose: _____ Route: _____</p> <p><b>Student Skill Level (Select the most appropriate option):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication</p> <p><input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision</p> <p><input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry / self-administer (<i>initial below</i>)<br/> <i>(NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES)</i></p> <p><input type="checkbox"/> I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school / fieldtrips / school sponsored events.</p> | <p><u>In School Instructions</u></p> <p><input type="checkbox"/> Standing daily dose: at ____:____ AM / PM and ____:____ AM / PM<br/> <b>AND/OR</b></p> <p><input type="checkbox"/> PRN _____<br/> <i>specify signs, symptoms, or situations</i></p> <p><input type="checkbox"/> Time interval: ____ minutes or ____ hours as needed.</p> <p><input type="checkbox"/> If no improvement, repeat in ____ minutes or ____ hours for a maximum of ____ times.</p> <p><u>Conditions under which medication should not be given:</u></p> |
| <p><b>2. Diagnosis:</b> _____ ICD-10 Code: <input type="checkbox"/> _____</p> <p><b>Medication:</b> _____<br/> <small>Generic and/or Brand Name</small></p> <p>Preparation/Concentration: _____</p> <p>Dose: _____ Route: _____</p> <p><b>Student Skill Level (Select the most appropriate option):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication</p> <p><input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision</p> <p><input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry / self-administer (<i>initial below</i>)<br/> <i>(NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES)</i></p> <p><input type="checkbox"/> I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school / fieldtrips / school sponsored events.</p> | <p><u>In School Instructions</u></p> <p><input type="checkbox"/> Standing daily dose: at ____:____ AM / PM and ____:____ AM / PM<br/> <b>AND/OR</b></p> <p><input type="checkbox"/> PRN _____<br/> <i>specify signs, symptoms, or situations</i></p> <p><input type="checkbox"/> Time interval: ____ minutes or ____ hours as needed.</p> <p><input type="checkbox"/> If no improvement, repeat in ____ minutes or ____ hours for a maximum of ____ times.</p> <p><u>Conditions under which medication should not be given:</u></p> |
| <p><b>3. Diagnosis:</b> _____ ICD-10 Code: <input type="checkbox"/> _____</p> <p><b>Medication:</b> _____<br/> <small>Generic and/or Brand Name</small></p> <p>Preparation/Concentration: _____</p> <p>Dose: _____ Route: _____</p> <p><b>Student Skill Level (Select the most appropriate option):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication</p> <p><input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision</p> <p><input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry / self-administer (<i>initial below</i>)<br/> <i>(NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES)</i></p> <p><input type="checkbox"/> I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school / fieldtrips / school sponsored events.</p> | <p><u>In School Instructions</u></p> <p><input type="checkbox"/> Standing daily dose: at ____:____ am / pm and ____:____ AM / PM<br/> <b>AND/OR</b></p> <p><input type="checkbox"/> PRN _____<br/> <i>specify signs, symptoms, or situations</i></p> <p><input type="checkbox"/> Time interval: ____ minutes or ____ hours as needed.</p> <p><input type="checkbox"/> If no improvement, repeat in ____ minutes or ____ hours for a maximum of ____ times.</p> <p><u>Conditions under which medication should not be given:</u></p> |

**HOME Medications (include over-the-counter)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

|   |                                 |                              |
|---|---------------------------------|------------------------------|
| <b>Health Care Practitioner</b> LAST NAME<br><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 ____/____/____          |

**ОБЩИЙ ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ  
ТОЛЬКО ДЛЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПОМИМО ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКИХ/ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКИХ**

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

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

**РОДИТЕЛИ/ОПЕКУНЫ ЗАПОЛНЯЮТ НИЖЕ**

**ПОДПИСАВШИЕСЯ 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.
  - 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 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.
  - Я обязан **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), 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 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 выдачу ребенку указанных в ней лекарственных препаратов. 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 OSH может 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.

**ПРИМЕЧАНИЕ:** В дни школьных экскурсий и внешкольных мероприятий вы должны обеспечить ребенка лекарственным препаратом и средствами его введения.

|  |  |  |     |                               |  |                          |  |   |                             |  |  |
|--|--|--|-----|-------------------------------|--|--------------------------|--|---|-----------------------------|--|--|
| Учащийся Фамилия                                   |  |  | Имя |                               |  | Инициал ср. имени        |  |   | Дата рождения ___/___/_____ |  |  |
| ATSDBN/Название школы                              |  |  |     |                               |  | Район                    |  |   | Шк. округ                   |  |  |
| Имя и фамилия родителя/опекуна (печатными буквами) |  |  |     |                               |  | Подпись родителя/опекуна |  |   | Дата<br>___/___/_____       |  |  |
| Имейл 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