



ALLERGIES/ANAPHYLAXIS MEDICATION ADMINISTRATION FORM

فراہم کنندہ کے لیے ادویات کا آرڈر فارم | اسکول کا دفتر صحت | تعلیمی سال 2025-2024
براہ کرم اسکول نرس کو واپس کریں۔ 1 جون کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔

طالب علم کا آخری نام: _____ پہلا نام: _____ درمیانہ: _____ تاریخ پیدائش (سال/دن/مہینہ): _____
جنس: لڑکا لڑکی OSIS نمبر: _____ گریڈ: _____ کلاس: _____
اسکول (نام، نمبر، پتہ اور پتہ شامل کریں): _____ DOE ضلع _____

HEALTH CARE PRACTITIONER COMPLETES BELOW / ذیل کو صححتاتی پیشہ ور مکمل کریں گے

Specify Allergies:

History of asthma? Yes (If yes, student has an increased risk for a severe reaction; complete the Asthma MAF for this student) No

History of anaphylaxis? Yes Date: _____ No

If yes, system affected: Respiratory Skin GI Cardiovascular Neurologic

Treatment: _____ Date: _____

Does this student have the ability to: Self-manage (See 'Student Skill Level' below) Yes No
Recognize signs of allergic reactions Yes No
Recognize and avoid allergens independently Yes No

Select In-School Medications

SEVERE REACTION

A. Immediately administer epinephrine ordered below, then call 911. Weight: _____

0.1 mg 0.15 mg 0.3 mg

Give intramuscularly in the anterolateral thigh for any of the following signs/symptoms (retractable devices preferred):

- 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 bother 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 signs/symptoms after a sting or eating these foods, give epinephrine and call 911.

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

If this box is checked, give antihistamine after epinephrine administration (order antihistamine below)

Student Skill Level (select the most appropriate option):

Nurse-Dependent Student: 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: _____

MILD REACTION

A. For any of the following sign and symptoms _____, give:

• Diphenhydramine Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ mg po Q6 hours PRN

• Name: _____ Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ PO Q4 hours Q6 hours Q12 hours PRN

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 during school, field trips, and school sponsored events. Practitioner's Initials: _____

OTHER MEDICATION

• Give Name: _____ Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ PO Q _____ hours PRN

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 during school, field trips, and school sponsored events. Practitioner's Initials: _____

Home Medications (include over the counter) None

Health Care Practitioner

Last Name (Print): _____ First Name (Print): _____ Please check one: MD DO NP PA

Signature: _____ Date: _____ NYS License # (Required): _____ NPI #: _____

Address: _____ Email address: _____

Telephone: _____ FAX: _____ Cell Phone: _____

Rev 3/24

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS

← PARENTS MUST SIGN PAGE 2 / والدین کو صفحہ 2 پر دستخط کرنا لازمی ہیں

FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT

ALLERGIES/ANAPHYLAXIS MEDICATION ADMINISTRATION FORM

فراہم کنندہ کے لیے ادویات کا آرڈر فارم | اسکول کا دفتر صحت | تعلیمی سال 2024-2025
براہ کرم اسکول نرس کو واپس کریں۔ 1 جون کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔

والدین / سرپرست مطالعہ کریں، مکمل کریں اور دستخط کریں۔ ذیل میں دستخط کر کے میں اس پر متفق ہوں کہ:

1. میں اپنے بچے کی دوا کو اسکول میں محفوظ کیے جانے اور میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات کے مطابق دیے جانے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں، میرے بچے کی دوا کے لیے درکار کسی بھی آلات کے اسکول میں محفوظ اور استعمال کیے جانے کی بھی اجازت دیتا ہوں۔
2. میں سمجھتا ہوں کہ:

- مجھے اسکول نرس / اسکول میں قائم مرکز صحت (SBHC) فراہم کنندہ کو اپنے بچے کی دوا اور آلات دینا لازمی ہیں۔ میں اسکول کو ایپنیفرین پین بازرگدانی (retractable) سونٹیوں کے ساتھ دینے کی کوشش کرونگا۔
- تمام نسخے والی اور "کاؤنٹر پر ملنے والی" دوائیں جو میں اسکول کو دونگا وہ نئی، سیل بند، اور اصل بوتل یا ڈبے میں بند ہونی لازمی ہیں۔ میں اپنے بچے کو اسکول کے دنوں میں استعمال کے لیے جدید، غیر منسوخ شدہ دوائی استعمال کرنے کے لیے فراہم کرونگا۔
 - نسخے والی دوا کے ڈبے یا بوتل پر اصل فارمیسی کا لیبل لگا ہونا لازمی ہے۔ لیبل پر لازماً شامل ہونا چاہئے: (1) میرے بچے کا نام، (2) فارمیسی کا نام اور فون نمبر، (3) میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کا نام، (4) تاریخ، (5) دوبارہ بھرے (refill) کی تعداد، (6) دوا کا نام، (7) خوراک، (8) دوا کب لی جائے، (9) دوا کیسے لی جائے اور (10) کوئی دیگر ہدایات۔
- میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میں نے اپنے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور سے اس بات کی جانچ کر لی ہے اور یہ کہ میں OSH کو میرے بچے کی دوا یا ایپنیفرین دستیاب نہ ہونے کی صورت میں میرے بچے کے ذخیرے (اسٹاک) سے دوا دینے کی اجازت دیتا ہوں۔
- میں اپنے بچے کی دوا یا صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات میں کسی بھی تبدیلی سے اسکول نرس / SBHC فراہم کنندہ کو فوری طور پر لازمی آگاہ کرونگا۔
- میرے بچے کو مذکورہ بالا صحت سے متعلقہ خدمت (خدمات) فراہم کرنے میں شامل OSH اور اسکے کارندے اس فارم پر دی گئی معلومات کی درستگی پر انحصار کر رہے ہیں۔
- ادویات دینے کے اس فارم (MAF) پر دستخط کر کے، میں اسکول کے دفتر صحت (OSH) کو میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ ان خدمات میں لیکن انہی تک محدود نہیں، OSH کے طبی نگہداشت پیشہ ور یا نرس کے ذریعے کلینکی تشخیص یا ایک جسمانی معائنہ شامل ہو سکتی ہیں۔
- اس MAF میں دوا کا آرڈر میرے بچے کے تعلیمی سال کے آخر میں منسوخ ہوجائے گا، جس میں گرمیوں کا دورانیہ شامل ہو سکتا ہے، یا جب میں اسکول نرس / SBHC فراہم کنندہ کو ایک نیا MAF فراہم کروں (جو بھی پہلے واقع ہو)۔ جب اس دوا کے آرڈر کی میعاد منسوخ ہوجائے، میں اپنے بچے کی اسکول نرس / SBHC فراہم کنندہ کو میرے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور کے ذریعے تحریر کردہ ایک نیا MAF فراہم کرونگا۔
- اس فارم پر وضاحت کردہ الرجی خدمات کے لیے یہ فارم میری اجازت اور درخواست کی نمائندگی کرتا ہے۔ یہ OSH کی جانب سے درخواست کردہ خدمات فراہم کیے جانے کا معاہدہ نہیں ہے۔ اگر OSH یہ خدمات فراہم کرنے کا فیصلہ کرتا ہے، میرے بچے کو ایک جز 504 سہولت منصوبے کی بھی ضرورت ہو سکتی ہے۔ اس منصوبے کو اسکول مکمل کرے گا۔
- OSH میرے بچے کو نگہداشت یا علاج کی فراہمی کے مقاصد کے لیے، دیگر کوئی بھی معلومات حاصل کرسکتا ہے جو انکے خیال میں میرے بچے کی طبی صورت حال، دوا یا علاج کے لیے درکار ہے۔ OSH یہ معلومات کسی بھی ایسے طبی نگہداشت کے پیشہ ور، نرس، یا دوا فروش سے حاصل کرسکتا ہے جنہوں نے میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کی ہیں۔

توجہ: اگر آپ ذخیرے میں سے استعمال کرنا چاہتے ہیں، آپکو اسکول کے تفریحی دوروں کے ایام میں اور / یا بعد از اسکول پروگرام کے لیے ایپنیفرین، دمہ دم کش (انہیلر) اور خود سے لینے والی منظور شدہ ادویات کو اپنے بچے کے ساتھ بھیجنا لازمی ہے تاکہ یہ اسے دستیاب رہیں۔ ذخیرہ کردہ ادویات صرف OSH عملے کے ذریعے صرف اسکول میں استعمال کرنے کے لیے ہیں۔

خود ادویات لینے کے لیے (صرف برائے خود مختار طلباء):

- میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میرا بچہ مکمل تربیت یافتہ ہے اور وہ خود دوا لے سکتا ہے۔ میں اپنے بچے کو اس فارم پر دی گئی دوا اسکول میں لائے، محفوظ کرنے اور اسکول اور تفریحی دوروں میں خود سے لینے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں اپنے بچے کو یہ دوا بوتلوں یا ڈبوں میں دینے کا ذمہ دار ہوں۔ مذکورہ بالا کے مطابق میں اپنے بچے کی دوا استعمال کرنے کی جانچ کرنے، اور اسکول میں میرے بچے کے اس دوا کے استعمال کے تمام نتائج کا بھی ذمہ دار ہوں۔ اسکول نرس / SBHC فراہم کنندہ میرے بچے کی دوا اپنے ساتھ رکھنے اور خود سے لینے کی اہلیت کی تصدیق کرے گا۔ میں اس پر بھی آمادہ ہوں کہ اسکول کو دوا ایک واضح لیبل لگے ہوئے ڈبے یا بوتل میں "محفوظ ذخیرہ" (بیک اپ) کے لیے دوں گا۔
- اگر میرا بچہ عارضی طور پر دوا اپنے ساتھ رکھنے اور خود سے لینے سے قاصر ہو جائے تو میں اسکول نرس یا تربیت یافتہ اسکول عملے کو میرے بچے کو ایپنیفرین دینے کی اجازت دیتا ہوں۔

طالب علم کا آخری نام: _____ پہلا نام: _____ درمیانیہ مختصر نام: _____ تاریخ پیدائش (سال/دن/مہینہ): _____

اسکول (ATS/DBN) نام: _____ برو: _____ ضلع: _____

والدین / سرپرست کا نام (جلی حروف میں): _____ والدین سرپرست کا ای میل: _____

والدین / سرپرست کے دستخط: _____ دستخط کی تاریخ: _____

والدین / سرپرست کا پتہ: _____

والدین / سرپرست کا سیل فون: _____ دیگر فون: _____

دیگر ہنگامی رابطہ نام / رشتہ: _____

دیگر ہنگامی رابطہ فون: _____

صرف اسکول کا دفتر صحت (OSH) کے استعمال کے لیے / For Office of School Health (OSH) Use Only

OSIS #: _____ 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 per Office of School Health after consultation with prescribing practitioner: Clarified Modified

FOR PRINT USE ONLY / صرف پرنٹ کر کے استعمال کرنے کے لیے

Confidential information should not be sent by email / خفیہ معلومات کو ای میل کے ذریعے نہیں بھیجا جانا چاہئے۔