



FORMULARI PËR ADMINISTRIMIN E ILAÇEVE PËR ALERGJI/ANAFILAKSI

Formulari i Urdhrit të Mjekut për Ilaçet | Zyra e Shëndetit në Shkollë (Office of School Health) | Viti Shkollor 2025–2026

Ju lutemi dorëzoni tek Infermierja e Shkollës/Qendra Shëndetësore në Shkollë (School Based Health Center).

Formularët e dorëzuar pas datës 1 qershor mund të shkaktojnë vonesa në përpunim për vitin e ri shkollor.

Nxënësi Mbiemri: _____ Emri: _____ Iniciali i Emrit të Mesëm: _____ Data e Lindjes: _____
Gjinia: ☐ Mashkull ☐ Femër OSIS #: _____ Klasa: _____ Lënda: _____
Shkolla (përfshini emrin, numrin, adresën dhe komunën): _____ Distrikti DOE: _____

PLOTËSOHET NGA PRAKTIKUESI I KUJDESIT SHËNDETËSOR / HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

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

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 ALLERGIC REACTION

A. Immediately administer epinephrine ordered below, then call 911.

Weight: _____ kg

Injectable (IM) ☐ 0.1 mg ☐ 0.15 mg ☐ 0.3 mg

Intranasal ☐ 1 mg ☐ 2 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 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 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 ALLERGIC REACTION

A. Give for any of the following sign and symptoms • few hives • itchy mouth/nose/skin • mild nausea

• Name: _____ Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ PO ☐ Q4 hours ☐ Q6 hours ☐ Q24 hours pm

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 pm

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: _____

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS
FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT

Rishikuar 3/25

PRINDËRIT DUHET TË NËNSHKRUAJNË FAQEN 2 ➔

FORMULARI PËR ADMINISTRIMIN E ILAÇEVE PËR ALERGJI/ANAFILAKSI

Formulari i Urdhrit të Mjekut për Ilaçet | Zyra e Shëndetit në Shkollë (Office of School Health) | Viti Shkollor **2025–2026**
Ju lutemi dorëzoni tek Infermierja e Shkollës/Qendra Shëndetësore në Shkollë (School Based Health Center). Formularët e dorëzuar pas datës 1 qershor mund të shkaktojnë vonesa në përpunim për vitin e ri shkollor.

PRINDËR/KUJDESTARË: LEXONI, PLOTËSONI DHE NËNSHKRUANI. DUKE NËNSHKRUAR MË POSHTË, UNË PRANOJ SA VIJON:

- Jap pëlqimin që ilaçi i fëmijës tim të ruhet dhe të jepet në shkollë sipas udhëzimeve nga ofruesi i kujdesit shëndetësor të fëmijës tim. Gjithashtu jap pëlqimin që çdo pajisje e nevojshme për ilaçet e fëmijës tim të ruhet dhe përdoret në shkollë.
- E kuptoj se:**
 - Unë duhet t'i dorëzoj infermieres së shkollës/ofruesit të qendrës shëndetësore në shkollë (SBHC) ilaçet dhe pajisjet e fëmijës tim. Unë do të përpiqem t'i jap shkollës stilolapsa epinefrine me gjilpëra tërheqëse.
 - Të gjitha ilaçet me recetë dhe ato pa recetë që i dorëzoj shkollës duhet të jenë të reja, të pahapura dhe në shishe ose kuti origjinale. Unë do të siguroj që shkolla të ketë ilaçe të vlefshme dhe jo të skaduar për përdorim nga fëmija im gjatë ditëve të shkollës.**
 - Ilaçet me recetë duhet të kenë etiketën **origjinale** të farmacistë në kuti ose në shishe. Etiketa duhet të përfshijë: 1) emrin e fëmijës tim, 2) emrin dhe numrin e telefonit të farmacistë, 3) emrin e ofruesit të kujdesit shëndetësor të fëmijës tim, 4) datën, 5) numrin e rimbushjeve, 6) emrin e ilaçit, 7) dozën, 8) kur të merret ilaçi, 9) si të merret ilaçi dhe 10) çdo udhëzim tjetër.
 - Unë vërtetoj/konfirmoj se kam biseduar me ofruesin e kujdesit shëndetësor të fëmijës tim dhe jap pëlqimin që Zyra e Shëndetit në Shkollë (OSH) t'i japë fëmijës tim ilaç nga stoku në rast se ilaçi për astmë ose epinefrinë nuk janë të disponueshme.
 - Unë duhet të informoj **menjëherë** infermierin e shkollës/ofruesin e SBHC për çdo ndryshim në ilaçin e fëmijës tim ose në udhëzimet e ofruesit të kujdesit shëndetësor.
 - Zyra e Shëndetit në Shkollë (OSH) dhe përfaqësuesit e saj të përfshirë në ofrimin e shërbimeve të mësipërme shëndetësore për fëmijën tim po mbështeten në saktësinë e informacionit në këtë formular.
 - Duke nënshkruar këtë Formular për Përdorimin e Ilaçeve (MAF), unë autorizoj Zyrën e Shëndetit në Shkollë (OSH) që t'i ofrojë fëmijës tim shërbime shëndetësore të lidhura. Këto shërbime mund të përfshijnë, por nuk kufizohen vetëm në, një vlerësim klinik ose një kontroll fizik nga një ofrues shëndetësor ose infermiere e OSH.
 - Urdhri për ilaçin në këtë MAF skadon në fund të vitit shkollor të fëmijës tim, i cili mund të përfshijë edhe sesionin e verës, ose kur unë i dorëzoj infermieres së shkollës/ofruesit të SBHC një MAF të ri (cilado ndodh më herët). Kur ky urdhër për ilaçin të skadojë, unë do t'i dorëzoj infermieres së shkollës/ofruesit të SBHC një MAF të ri të shkruar nga ofruesi shëndetësor i fëmijës tim.
 - Ky formular përfaqëson pëlqimin dhe kërkesën time për shërbimet për alergjitë të përshkruara në këtë formular dhe mund të dërgohet direkt në OSH. Ky nuk është një marrëveshje nga Zyra e Shëndetit në Shkollë (OSH) për të ofruar shërbimet e kërkuara. Nëse OSH vendos t'i ofrojë këto shërbime, fëmija im mund të ketë gjithashtu nevojë për një Plan Akomodimi për Nxënësin (504 Accommodation Plan). Ky plan do të përpilohet nga shkolla.
 - Për qëllime të ofrimit të kujdesit ose trajtimit për fëmijën tim, OSH mund të marrë çdo informacion që e konsideron të nevojshëm në lidhje me gjendjen mjekësore, ilaçet ose trajtimin e fëmijës tim. OSH mund ta marrë këtë informacion nga çdo ofrues shëndetësor, infermier/e ose farmacist që i ka dhënë fëmijës tim shërbime shëndetësore.

SHËNIM: Nëse vendosni të përdorni ilaç nga stoku, duhet të dërgoni me fëmijën tuaj epinefrinën, inhalatorin për astmë dhe ilaçet e tjera të miratuara gjatë ekskursioneve shkollore dhe/ose programeve pas shkollës. Ilaçet nga stoku mund të përdoren vetëm në shkollë nga stafi i Zyrës së Shëndetit në Shkollë (OSH).

PËR VETË-ADMINISTRIM TË ILAÇEVE (VETËM NXËNËS TË PAVARUR):

- Unë vërtetoj/konfirmoj se fëmija im është trajnuar plotësisht dhe është në gjendje të marrë ilaçet vetë. Jap pëlqimin që fëmija im t'i mbajë me vete, t'i ruajë dhe t'i administrojë vetë ilaçet e përshkruara në këtë formular në shkollë dhe gjatë ekskursioneve. Unë jam përgjegjës për t'ia dhënë fëmijës tim ilaçet në shishe ose kuti të përshkruara sipas udhëzimeve më sipër. Gjithashtu, unë jam përgjegjës për të monitoruar përdorimin e ilaçeve nga fëmija im dhe për çdo pasojë që vjen nga përdorimi i këtyre ilaçeve në shkollë. Infermierja e shkollës ose ofruesit e SBHC do të konfirmojnë aftësinë e fëmijës tim për të mbajtur dhe administruar vetë ilaçin. Unë gjithashtu pajtohem që t'i jap shkollës një dozë rezervë të ilaçit në një shishe ose kuti të etiketuar qartë.
- Jap pëlqimin që infermierja e shkollës ose stafi i trajnuar i shkollës t'i japë fëmijës tim epinefrinë nëse fëmija im nuk është përkohësisht në gjendje ta mbajë dhe ta administrojë vetë ilaçin.

Nxënësi Mbiemri: _____ Emri: _____ Ml: _____ Data e Lindjes (dd/mm/vv): _____
Shkolla (ATS DBN/Emri): _____ Bashkia (Borough): _____ Distrikti: _____
Emri i Prindit / Kujdestarit: _____ Emaili i Prindit/Kujdestarit: _____
Nënshkrimi i Prindit/Kujdestarit: _____ Data e Nënshkrimit: _____
Adresa e Prindit/Kujdestarit: _____
Nr. i celularit të Prindit/Kujdestarit: _____ Telefon tjetër: _____
Emër/Kujdestar tjetër për emergjencë dhe marrëdhënia me nxënësin: _____
Nr. telefoni i kontaktit tjetër për emergjencë: _____

Për Përdorim të Zyrës së Shëndetit në Shkollë (OSH) / For Office of School Health (OSH) Use Only

OSIS #: _____ Received by – Name: _____ Date: _____
☐ 504 ☐ IEP ☐ Other: _____ Reviewed by – Name: _____ Date: _____
Referred to School 504 Counselor: ☐ 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