



ФОРМА ЗАПИТУ НА ВИДАЧУ АБО ВВЕДЕННЯ ПРЕПАРАТІВ ВІД АЛЕРГІЇ / АНАФІЛАКТИЧНОГО ШОКУ

Форма про призначення препаратів постачальником медичних послуг | Відділ шкільної охорони здоров'я | 2025–2026 навчальний рік

Будь ласка, зверніться до шкільної медсестри/шкільного медичного центру.

Форми, подані після 1 червня, можуть призвести до затримки у обробці даних для нового навчального року.

Прізвище учня: _____ Ім'я: _____ Середнє ім'я: _____ Дата народження: _____
Стать ☐ Чоловіча ☐ Жіноча № OSIS: _____ Клас: _____ Група: _____
Школа (вказіть назву, номер, адресу та район): _____ Округ Департаменту освіти: _____

МЕДИЧНІ ПРАЦІВНИКИ ЗАПОВНЮЮТЬ НИЖЧЕ / 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

Ред. 3/25

БАТЬКИ ПОВИННІ ПІДПИСАТИ СТОРІНКУ 2 ➔

ФОРМА ЗАПИТУ НА ВИДАЧУ АБО ВВЕДЕННЯ ПРЕПАРАТІВ ВІД АЛЕРГІЇ/АНАФІЛАКТИЧНОГО ШОКУ
Форма про призначення препаратів постачальником медичних послуг | Відділ шкільної охорони здоров'я | 2025–2026 навчальний рік
Будь ласка, зверніться до шкільної медсестри/шкільного медичного центру.
Форми, подані після 1 червня, можуть призвести до затримки у обробці даних для нового навчального року.

БАТЬКИ/ОПІКУНИ: ПРОЧИТАЙТЕ, ЗАПОВНІТЬ І ПІДПИШИТЬ. СВОЇМ ПІДПИСОМ Я ПІДТВЕРДЖУЮ НАДАННЯ ЗГОДИ ЩОДО ЗАЗНАЧЕНОГО НИЖЧЕ:

- Я погоджуюсь з тим, що відповідно до вказівок лікаря моєї дитини препарати для моєї дитини будуть зберігатися в школі, де вона буде також їх приймати. Я також даю згоду на зберігання та використання в школі будь-якого обладнання, необхідного для приймання препаратів моєю дитиною.
- Я розумію, що:**
 - Мені необхідно надати шкільному медпрацівнику/працівнику шкільного медичного центру (SBHC) препарати та обладнання для моєї дитини. Мені треба надати школі автоін'єктори з адреналіном із висувними голками.
 - Всі рецептурні та безрецептурні препарати, які я надаю школі, мають бути новими, в оригінальній упаковці без порушення її цілісності. Я надаю школі призначені станом на зараз, не прострочені препарати для використання моєю дитиною під час шкільних занять.**
 - Рецептурні препарати мають містити оригінальну аптечну етикетку на коробці або флаконі. Етикетка має містити: 1) ім'я моєї дитини, 2) назва аптеки та номер телефону, 3) ім'я лікаря моєї дитини, 4) дата, 5) кількість повторних призначень, 6) назва препаратів, 7) дозування, 8) час приймання препаратів, 9) спосіб приймання препаратів та 10) будь-які інші вказівки.
 - Я підтверджую, що проконсультувався з лікарем моєї дитини і даю згоду на те, щоб Відділ шкільної охорони здоров'я (OSH) надав моїй дитині препарати з запасу в разі, якщо препарати від астми моєї дитини будуть недоступні.
 - Я негайно повідомлю шкільну медсестру/працівника SBHC про будь-які зміни в лікарських препаратах дитини або вказівках лікаря.
 - Відділ шкільної охорони здоров'я та його представники, які надають вищезазначені медичні послуги моїй дитині, покладаються на достовірність інформації, зазначеної в цій формі.
 - Підписуючи цю форму запиту на видачу або введення лікувальних препаратів (MAF), я уповноважую Відділ шкільної охорони здоров'я надавати медичні послуги моїй дитині. Такими послугами можуть бути, зокрема, крім іншого, клінічне обстеження або фізичний огляд лікарем OSH чи медсестрою.
 - Термін дії рецепта на препарати, зазначеного в цій формі MAF, закінчується наприкінці навчального року моєї дитини, протягом якого можливі літні заняття, або в момент передання шкільній медсестрі/працівнику SBHC нової форми MAF (залежно від того, що настане раніше). Щойно термін дії цього призначення закінчиться, я надаю шкільній медсестрі/лікаря SBHC нову форму MAF, виписану лікарем моєї дитини.
 - Ця форма є моєю згодою та запитом на надання послуг, пов'язаних з алергією, описаних у цій формі, і може бути надіслана безпосередньо до OSH. Це не є згодою Відділу шкільної охорони здоров'я на надання запитуваних послуг. Якщо OSH вирішить надати ці послуги, моїй дитині також може знадобитися План адаптації (Student Accommodation Plan) відповідно до Розділу 504. Цей план складає школа.
 - З метою надання медичних послуг або лікування дитини я дозволяю OSH звертатися за необхідною інформацією про стан здоров'я дитини до лікарів, медсестер та фармацевтів, які надавали дитині медичні послуги. Відділ шкільної охорони здоров'я має право отримати цю інформацію від будь-якого медичного працівника, медсестри або фармацевта, який надавав медичні послуги моїй дитині.

ПРИМІТКА: Якщо ви вирішили використовувати препарати із запасів, то повинні надати епінефрин, інгалятор від астми та інші схвалені препарати разом з дитиною на шкільну екскурсію та/або позашкільні заняття. Запаси препаратів призначені виключно для використання в школі персоналом OSH.

ЩОДО САМОСТІЙНОГО ПРИЙМАННЯ ПРЕПАРАТІВ (ТІЛЬКИ ДЛЯ САМОСТІЙНИХ УЧНІВ):

- Цим засвідчую/підтверджую, що дитина пройшла підготовку і може приймати препарати/проводити медичні процедури самостійно. Я дозволяю дитині мати при собі, зберігати і самостійно приймати в школі/під час шкільних екскурсій зазначені в цій формі препарати. Я несу відповідальність за надання дитині препаратів у упаковці або флаконі, як описано вище. Я також несу відповідальність за контроль за прийманням препаратів дитиною, а також за всі наслідки приймання цього препарату в школі. Шкільна медсестра або працівники SBHC підтвердять, що моя дитина здатна мати з собою препарати та приймати їх самостійно. Я також даю згоду на надання запасних препаратів в упаковці або флаконі з розбірливою етикеткою для зберігання у школі.
- У разі тимчасової втрати дитиною здатності мати при собі та самостійно вводити адреналін, я дозволяю шкільній медсестрі або співробітникам школи, що пройшли відповідну підготовку, забезпечити введення цього препарату дитині.

Прізвище учня: _____ Ім'я: _____ МІ: _____ Дата народження (д/м/р): _____
Школа (ATS DBN/Назва): _____ Район: _____ Округ: _____
Ім'я батька/матері/опікуна (друкованими літерами): _____ Електронна адреса батьків/опікуна: _____
Підпис батька/матері/опікуна: _____ Дата підписання: _____
Адреса батька/матері/опікуна: _____
Мобільний телефон батька/матері/опікуна: _____ Інший телефон: _____
Ім'я та ступінь спорідненості іншої особи, яку слід повідомити в екстрених випадках: _____
Інший телефон для зв'язку в екстрених випадках: _____

Тільки для використання в Управлінні шкільної охорони здоров'я (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