



FORMULARI PËR ADMINISTRIMIN E PËRGJITHSHËM TË ILAÇEVE

KY FORMULAR NUK DUHET TË PËRDORET PËR ILAÇET PËR DIABET, KONVULSIONE, ASTMË OSE ALERGJI
Formulari i Urdhrit të Mjekut për Ilaçet | Zyra e Shëndetit në Shkollë (Office of School Health) | Viti Shkollor 2025–2026
Ju lutemi dorëzoheni 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 (d/m/v): _____
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

1. Diagnosis: _____ **ICD-10 Code:** ☐ _____ . _____
Medication (Generic and/or Brand Name): _____
Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ mg Route: _____

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 - *Initial below for Independent (not allowed for controlled substances)
☐ I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events. Practitioner's Initials: _____

In School Instructions

- ☐ Standing daily dose – at _____ and _____ 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: _____ mg Route: _____

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 - *Initial below for Independent (not allowed for controlled substances)
☐ I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events. Practitioner's Initials: _____

In School Instructions

- ☐ Standing daily dose – at _____ and _____ 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: _____ mg Route: _____

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 - *Initial below for Independent (not allowed for controlled substances)
☐ I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events. Practitioner's Initials: _____

In School Instructions

- ☐ Standing daily dose – at _____ and _____ 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) ☐ 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 PËRGJITHSHËM TË ILAÇEVE

KY FORMULAR **NUK** DUHET TË PËRDORET PËR ILAÇET PËR DIABET, KONVULSIONE, ASTMË OSE ALERGJI
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.
 - 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 farmacisë në kuti ose në shishe. Etiketa duhet të përfshijë: 1) emrin e fëmijës tim,
 - 2) emrin dhe numrin e telefonit të farmacisë, 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 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.
 - Asnjë nxënës nuk lejohet të mbajë apo të administrojë (përdorë) vetë substanca të kontrolluara.**
 - 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 ofroj 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 ilaçet 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 ofroj 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: Është e preferueshme që të sillni ilaçet dhe pajisjet për fëmijën tuaj në ditët kur ka ekskursione ose aktivitete shkollore jashtë mjediseve të shkollës.

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.

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: _____
Numër Telefoni: Gjatë ditës: _____ Shtëpi: _____ Celular: _____
Emri i Kontaktit Alternativ
Emri: _____ Marrëdhënia me Nxënësin: _____ Numri i Telefonit: _____

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

Rishikuar 3/25