



GENERAL MEDICATION ADMINISTRATION FORM

هذه الاستمارة لا ينبغي أن تستخدم لإعطاء أدوية مرض السكري أو نوبات الصرع أو الربو أو الحساسية

استمارة طلب الدواء من المزود | مكتب الصحة المدرسية | للعام الدراسي 2025-2026

يرجى العودة إلى ممرضة المدرسة/ المركز الصحي المدرسي. الاستمارات المقدمة بعد يوم 1 يونيو/ حزيران قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد.

الاسم الأخير للتلميذ(ة): _____ الاسم الأول: _____ الأوسط: _____ تاريخ الميلاد: سنة/ يوم/ شهر _____
الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐ رقم التعريف المدرسي (OSIS): _____ الفصل: _____
المدرسة (ضمن الاسم والرقم والعنوان والحي): _____ المنطقة التعليمية لإدارة التعليم: _____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW / يقوم ممارس الرعاية الصحية بإكمال الجزء أدناه

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: _____

Rev 3/25

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS

← PARENTS MUST SIGN PAGE 2 / 2 يجب على الآباء توقيع الصفحة

FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT

GENERAL MEDICATION ADMINISTRATION FORM

هذه الاستمارة لا ينبغي أن تستخدم لإعطاء أدوية مرض السكري أو نوبات الصرع أو الربو أو الحساسية

استمارة طلب الدواء من المزود | مكتب الصحة المدرسية | للعام الدراسي 2025-2026

يرجى العودة إلى ممرضة المدرسة/ المركز الصحي المدرسي. الاستمارات المقدمة بعد يوم 1 يونيو/ حزيران قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد.

الآباء/ أولياء الأمور: أقرؤوا واكملوا ووقعوا هذه الاستمارة. بتوقيعي أدناه، أوافق على ما يلي:

1. أوافق على أن يتم تخزين الدواء الخاص بطفلي وإعطائه في المدرسة بناءً على توجيهات ممارس الرعاية الصحية لطفلي. أوافق أيضاً على أن يتم تخزين أية معدات مطلوبة لتقديم دواء طفلي واستخدامها في المدرسة.
2. وأنا أدرك أنه:
 - يجب أن أعطي ممرض(ة) المدرسة/ المركز الصحي المدرسي (SBHC) الدواء والمعدات الخاصة بطفلي.
 - يجب أن تكون جميع الأدوية "التي تصرف بدون وصفة طبية" والتي أعطيها للمدرسة جديدة وغير مفتوحة، وفي القارورة أو العبوة الأصلية. سوف أقدم للمدرسة الأدوية الحالية غير منتهية الصلاحية التي سوف يستخدمها طفلي أثناء أيام الدراسة.
 - يجب أن تحمل الأدوية الموصوفة طبيباً ملصق الصيدلية الأصلي على القارورة أو العبوة. يجب أن يشتمل الملصق على: (1) اسم طفلي، (2) اسم الصيدلية ورقم هاتفها، و(3) اسم ممارس الرعاية الصحية لطفلي، و(4) التاريخ، و(5) عدد مرات إعادة التعبئة، و(6) اسم الدواء، و(7) الجرعة، و(8) متى يتم تناول الدواء، و(9) كيفية تناول الدواء، و(10) أية إرشادات أخرى.
 - يجب أن أخبر ممرض(ة) المدرسة/ المركز الصحي المدرسي (SBHC) فوراً عن أي تغيير في دواء طفلي أو تعليمات ممارس الرعاية الصحية.
 - لا يسمح لأي تلميذ(ة) بحمل أو تناول المواد الخاضعة للرقابة بنفسه.
 - يعتمد مكتب الصحة المدرسية (OSH) وكلاءه المشاركين في تقديم الخدمة (الخدمات) الصحية المذكورة أعلاه إلى طفلي على دقة المعلومات المقدمة في هذه الاستمارة.
 - بتوقيعي على استمارة إعطاء الدواء هذه (MAF)، يمكن لمكتب الصحة المدرسية (OSH) تقديم الخدمات الصحية لطفلي. وأنا أدرك أن هذه الخدمات قد تتضمن تقييماً أكلينيكيّاً أو فحصاً بدنياً من طرف ممارس الرعاية الصحية أو الممرض(ة) بمكتب الصحة المدرسية (OSH).
 - ينتهي طلب إعطاء الدواء في استمارة (MAF) هذه في نهاية العام الدراسي لطفلي، والذي قد يشمل الحصوص الصفية، أو عندما أعطي ممرضة المدرسة/ المركز الصحي المدرسي (SBHC) استمارة (MAF) جديدة (أيها أقرب). عندما تنتهي صلاحية طلب تقديم العلاج هذا، سأقدم لممرضة طفلي المدرسة/ المركز الصحي المدرسي (SBHC) استمارة (MAF) جديدة مكتوبة بواسطة ممارس الرعاية الصحية لطفلي.
 - تمثل هذه الاستمارة موافقتي وطلب تقديم خدمات إعطاء الأدوية المذكورة في هذه الاستمارة، ويمكن إرسالها بشكل مباشر إلى مكتب الصحة المدرسية (OSH). وهي لا تمثل اتفاقاً مع مكتب الصحة المدرسية (OSH) لتوفير الخدمات المطلوبة. إذا قرر مكتب الصحة المدرسية (OSH) تقديم هذه الخدمات، قد يحتاج طفلي أيضاً إلى خطة تسهيلات الفقرة 504. ستقوم المدرسة بوضع هذه الخطة.
 - لأغراض تقديم الرعاية الصحية أو العلاج لطفلي، يمكن لمكتب الصحة المدرسية (OSH) الحصول على أي معلومات أخرى يعتقد أنها ضرورية عن الحالة الطبية لطفلي أو أدويته أو علاجه. قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على هذه المعلومات من أي ممارس رعاية صحية أو ممرضة أو صيدلي قدم خدمات صحية لطفلي.

ملاحظة: يفضل أن ترسل أدوية ومعدات لطفلك في يوم الرحلة المدرسية والأنشطة المدرسية التي تعقد خارج موقع المدرسة.

لتناول الدواء بشكل ذاتي (للتلاميذ المستقلين فقط):

- أقر/ أؤكد أن طفلي قد تلقى تدريباً كاملاً ويمكنه تناول الدواء بنفسه. أوافق على أن يقوم طفلي بحمل وتخزين وتناول الدواء الموصوف على هذه الاستمارة بنفسه في المدرسة وفي الرحلات المدرسية. أنا مسؤول عن إعطاء طفلي هذا الدواء في قرارات أو عيوات كما هو موضح أعلاه. أنا أيضاً مسؤول عن مراقبة استخدام طفلي للدواء، وعن جميع نتائج استخدام طفلي لهذا الدواء في المدرسة. ستؤكد ممرضة المدرسة/ المركز الصحي المدرسي (SBHC) قدرة طفلي على حمل الدواء وإعطائه الدواء. كما أوافق على إعطاء دواء "احتياطياً" للمدرسة في قارورة أو عبوة معونة بوضوح.

الاسم الأخير للتلميذ(ة): _____ الاسم الأول: _____ الأوسط: _____ تاريخ الميلاد: سنة/ يوم/ شهر _____

المدرسة (رقم DBN /ATS /الاسم): _____ الحي: _____ المنطقة التعليمية: _____

اسم الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر (بخط واضح): _____ عنوان البريد الإلكتروني للوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر: _____

توقيع الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر: _____ تاريخ التوقيع: _____

عنوان الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر: _____ رقم هاتف المنزل: _____ المحمول: _____

أرقام الهاتف: أثناء النهار: _____ طرف اتصال بديل لحالات الطوارئ: _____

الاسم: _____ العلاقة بالتلميذ(ة): _____ رقم الهاتف: _____

For Office of School Health (OSH) Use Only / فقط (OSH) لاستخدام مكتب الصحة المدرسية

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 OSH contact with prescribing health care practitioner: ☐ Clarified ☐ Modified

Rev 3/25