

Место для  
фотографии  
учащегося

## GENERAL MEDICATION ADMINISTRATION FORM

ПОМИМО ДИАБЕТИЧЕСКИХ, ПРОТИВОСУДОРОЖНЫХ, ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКИХ ИЛИ ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | 2025-2026

Верните заполненную форму школьной медсестре или в школьный центр здоровья. Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

Фамилия ребенка: \_\_\_\_\_ Имя: \_\_\_\_\_ Инициал ср. имени: \_\_\_\_\_ Дата рождения: (месяц/день/год) \_\_\_\_\_  
Пол: ☐ мужской ☐ женский Номер учащегося (OSIS) \_\_\_\_\_ Уч. уровень: \_\_\_\_\_ Класс: \_\_\_\_\_  
Школа (название, номер, адрес и район): \_\_\_\_\_ Школьный округ DOE: \_\_\_\_\_

### ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ РЕБЕНКА /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

ТРЕБУЕТСЯ ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ на с. 2 PARENTS MUST SIGN PAGE 2 →

## GENERAL MEDICATION ADMINISTRATION FORM

ПОМИМО ДИАБЕТИЧЕСКИХ, ПРОТИВОСУДОРОЖНЫХ, ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКИХ ИЛИ ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | 2025-2026

Верните заполненную форму школьной медсестре или в школьный центр здоровья. Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

### РОДИТЕЛИ/ОПЕКУНЫ! ПРОЧИТАЙТЕ, ЗАПОЛНИТЕ И ПОДПИШИТЕ ФОРМУ. Я, НИЖЕПОДПИСАВШИЙСЯ, ВЫРАЖАЮ СОГЛАСИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЕ:

- Я даю согласие на хранение и выдачу ребенку в школе лекарства в соответствии с предписаниями его лечащего врача. Также даю согласие на хранение и применение в школе необходимых средств для введения лекарственного препарата.
- Мне известно следующее:**
  - Мне требуется обеспечить школьную медсестру/школьный центр здоровья (school based health center, SBHC) лекарственным препаратом и необходимыми средствами для его введения.
  - Все предоставляемые школе рецептурные и безрецептурные лекарственные препараты должны быть новыми, в запечатанной фабричной или аптечной упаковке.** Я предоставляю школе назначенное на текущее время непросроченное лекарство для приема ребенком в течение учебного дня.
    - Рецептурное лекарство должно быть в упаковке с **оригинальной** аптечной этикеткой, на которой должны быть указаны 1) имя и фамилия ребенка, 2) название и телефон аптеки, 3) имя и фамилия врача ребенка, 4) дата, 5) число повторных заказов, 6) название препарата, 7) доза, 8) время приема, 9) способ применения и 10) другие инструкции.
  - Я обязуюсь **незамедлительно** уведомлять школьную медсестру/SBHC обо всех изменениях в лекарственных препаратах ребенка или инструкциях лечащего врача.
  - Учащимся запрещается иметь при себе или самостоятельно принимать контролируемые вещества.**
  - Отдел школьного здравоохранения (OSH) и его представители, ответственные за предоставление ребенку вышеуказанной услуги/услуг, руководствуются информацией, представленной в данной форме.
  - Своей подписью в Запросе на выдачу лекарств (medication administration form, MAF) я разрешаю OSH оказывать медицинские услуги ребенку. Эти услуги могут включать, в частности, клиническую оценку и медицинский осмотр, проводимые врачом или медсестрой OSH.
  - Врачебное предписание в этом запросе MAF истекает в конце учебного года, который может включать летние занятия, или по представлении мной новой формы MAF школьной медсестре/SBHC (в зависимости от того, что наступит ранее). По истечении этого врачебного предписания я предоставляю школьной медсестре/SBHC новую форму MAF, заполненную лечащим врачом ребенка.
  - Данная форма представляет собой мое согласие и запрос на указанные услуги по выдаче лекарств; она может быть направлена напрямую в OSH. Она не является договором с OSH об оказании запрашиваемых услуг. В случае согласия OSH на предоставление этих услуг, ребенку также потребуется План адаптации (Section 504 Accommodation Plan), который оформляется школой.
  - В целях предоставления медицинских услуг или лечения моего ребенка я разрешаю OSH обращаться за необходимой информацией о состоянии здоровья ребенка, его лекарствах и/или лечении к врачам, медсестрам и фармацевтам, оказывавшим ребенку медицинские услуги.

**ПРИМЕЧАНИЕ. В дни школьных экскурсий и внешкольных мероприятий вы должны обеспечить ребенка лекарственным препаратом и средствами его введения.**

### САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

- Настоящим заявляю/подтверждаю, что ребенок прошел обучение и может принимать лекарство самостоятельно. Я также разрешаю ребенку иметь при себе, хранить и самостоятельно принимать в школе указанное в форме лекарство. Я несу ответственность за предоставление ребенку лекарственных средств в упаковке, как описано выше. Я также несу ответственность за контроль приема лекарства ребенком, а также за все последствия приема этого препарата в школе. Школьная медсестра/SBHC удостоверяет способность ребенка иметь при себе и самостоятельно принимать препарат. Я даю согласие на предоставление запасного лекарства в упаковке с разборчивой этикеткой для хранения в школе.

Информация о ребенке. Фамилия: \_\_\_\_\_ Имя: \_\_\_\_\_ Инициал ср. имени \_\_\_\_\_ Дата рождения (м/д/г): \_\_\_\_\_  
Сведения о школе (Номер DBN/название в ATS): \_\_\_\_\_ Район: \_\_\_\_\_ Шк. округ: \_\_\_\_\_  
Имя и фамилия родителя/опекуна (печатными буквами): \_\_\_\_\_ Имейл родителя/опекуна: \_\_\_\_\_  
Подпись родителя/опекуна: \_\_\_\_\_ Дата подписи: \_\_\_\_\_  
Адрес родителя/опекуна: \_\_\_\_\_  
Телефоны: дневной: \_\_\_\_\_ домашний: \_\_\_\_\_ мобильный: \_\_\_\_\_  
Другое контактное лицо для срочной связи  
Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Отношение к учащемуся: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

### / Для служебных отметок Отдела школьного здравоохранения (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 OSH contact with prescribing health care practitioner: ☐ Clarified ☐ Modified

Rev 3/25