



ЗАГАЛЬНА ФОРМА ЗАПИТУ НА ВИДАЧУ АБО ВВЕДЕННЯ ПРЕПАРАТІВ

ЦЮ ФОРМУ ЗАБОРОНЕНО ВИКОРИСТОВУВАТИ ДЛЯ ОТРИМАННЯ препаратів ВІД ДІАБЕТУ, ЕПІЛЕПСІЇ, АСТМИ АБО АЛЕРГІЇ.

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: _____ Ініціал середнього імені: _____ Дата народження (д/м/р): _____
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

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

Ред. 3/25
БАТЬКИ ПОВИННІ ПІДПИСАТИ СТОРІНКУ 2 →

ЗАГАЛЬНА ФОРМА ЗАПИТУ НА ВИДАЧУ АБО ВВЕДЕННЯ ПРЕПАРАТІВ

ЦЮ ФОРМУ ЗАБОРОНЕНО ВИКОРИСТОВУВАТИ ДЛЯ ОТРИМАННЯ препаратів ВІД ДІАБЕТУ, ЕПІЛЕПСІЇ, АСТМИ АБО АЛЕРГІЇ.

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 шкільній медсестрі/працівнику шкільного медичного центру (SBHC) препарати та обладнання моєї дитини.
 - 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 негайно повідомлю шкільну медсестру/працівника SBHC про будь-які зміни в лікарських препаратах дитини або вказівках лікаря.
 - Учням заборонено мати із собою або передавати іншим особам контрольовані речовини.
 - Відділ шкільної охорони здоров'я (OSH) 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/лікареві SBHC нову форму MAF, виписану лікарем моєї дитини.
 - Ця форма становить мою згоду та запит на надання медичних послуг, 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: Бажано надсилати препарати та обладнання для вашої дитини в день шкільної екскурсії та позашкільних заходів.

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.

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: _____
Номери телефонів: Для зв'язку в денний час: _____ Домашній: _____ Мобільний: _____
Інша контактна особа для зв'язку в екстрених випадках
Ім'я: _____ Спорідненість з учнем: _____ Номер телефону: _____

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

Ред. 3/25