

أرفق صورة  
التلميذ(ة) هنا

## SEIZURE MEDICATION ADMINISTRATION FORM

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

يرجى إعادتها 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): \_\_\_\_\_ الصف: \_\_\_\_\_ الفصل: \_\_\_\_\_  
المدرسة (ضمن الاسم والرقم والعنوان والحي): \_\_\_\_\_ المنطقة التعليمية لإدارة التعليم: \_\_\_\_\_

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

#### Diagnosis/Seizure Type:

- Localization related (focal) epilepsy  Primary generalized  Secondary generalized  Childhood/juvenile absence  
 Myoclonic  Infantile spasms  Non-convulsive seizures  Other (please describe below)

Seizure Type	Duration	Frequency	Description	Triggers/Warning Signs/Pre-Ictal Phase

#### Post-ictal presentation:

**Seizure History:** Describe history & most recent episode (date, trigger, pattern, duration, treatment, hospitalization, ED visits, etc.):

Status Epilepticus?  No  Yes Has student had surgery for epilepsy?  No  Yes – Date: \_\_\_\_\_ Well Controlled?  No  Yes

### TREATMENT PROTOCOL DURING SCHOOL:

#### A. In-School Medications

##### 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: \_\_\_\_\_

Name of Medication	Concentration/ Formulation	Dose	Route	Frequency or Time	Side Effects/Specific Instructions

#### B. Emergency Medication(s) (list in order of administration) [Nurse must administer] ; CALL 911 immediately after administration

Name of Medication	Concentration/ Formulation	Dose	Route	Administer After	Side Effects/Specific Instructions
<input type="checkbox"/> diazepam				min	
<input type="checkbox"/> midazolam				min	

#### C. Does student have a Vagal Nerve Stimulator (VNS)? (any trained adult can administer) No Yes, If YES, describe magnet use:

- Swipe magnet  immediately  within \_\_\_\_\_ min; if seizure continues, repeat after \_\_\_\_\_ min \_\_\_\_\_ times;  
Give emergency medication after \_\_\_\_\_ min and call 911.

#### Activities:

- Adaptive/protective equipment (e.g., helmet) used?  No  Yes  
Gym/physical activity participation restrictions?  No  Yes - If YES, please complete the Medical Request for Accommodations Form  
 Other: \_\_\_\_\_  
 504 Accommodations requested (e.g., supervision for swimming)?  Yes (attach form)  No

Home Medication(s) <input type="checkbox"/> None	Dosage, Route, Directions	Side Effects / Specific Instructions

#### Other special instructions:

#### 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 / يجب على الآباء توقيع الصفحة 2

FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT

## SEIZURE MEDICATION ADMINISTRATION FORM

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

يرجى إعادتها إلى مدرسة/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/مقدم الخدمة التابع للمركز 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 أحصل على دواء آخر ليستخدمه طفلي عندما لا يكون في المدرسة أو في رحلة مدرسية.
  - يجب أن تحمل الأدوية الموصوفة طبيباً ملصق الصيدلية الأصلي على القارورة أو العبوة. يجب أن يشتمل الملصق على: (1) اسم طفلي، و (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/مقدم الخدمة التابع للمركز 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) ووكلاءه 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 اكلينيكيًا أو فحصاً بدنياً من طرف ممارس الرعاية الصحية أو الممرضة بمكتب الصحة المدرسية (OSH).
- ينتهي طلب إعطاء الدواء في استمارة (MAF) هذه في نهاية العام الدراسي لطفلي، والذي قد يشمل الحمص الصيفي، أو عندما أعطي ممرض(ة) المدرسة/المركز الصحي المدرسي (SBHC) استمارة (MAF) جديدة (أيها أقرب). عندما تنتهي صلاحية طلب تقديم العلاج هذا، سأقدم لممرض(ة) طفلي المدرسية/مقدم الخدمة التابع للمركز 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. 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.
- قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على أية 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.
- أفهم أن إدارة أدوية نوبات الصرع الطارئة، بما في ذلك الأدوية التي تؤخذ عن طريق الأنف، لا يمكن إعطاؤها إلا من قبل ممرضة أو مقدم رعاية طبية مرخص آخر وفقاً للوائح ولاية نيويورك.

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

### لتناول الأدوية غير الطارئة 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 والرحلات المدرسية. أنا مسؤول عن إعطاء طفلي هذا الدواء في قوارير أو عبوات كما هو موضح أعلاه. أنا أيضاً مسؤول عن مراقبة استخدام طفلي للدواء، وعن جميع نتائج استخدام طفلي لهذا الدواء في المدرسة. سنؤكد ممرض(ة) المدرسة/مقدم الخدمة التابع للمركز الصحي المدرسي (SBHC) قدرة طفلي على حمل الدواء وإعطائه الدواء. كما أوافق على إعطاء دواء "احتياطياً" للمدرسة في قارورة أو عبوة معنونة بوضوح.

الاسم الأخير للتلميذ(ة): \_\_\_\_\_ الاسم الأول: \_\_\_\_\_ الأوسط: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: سنة/يوم/شهر: \_\_\_\_\_  
اسم المدرسة/رقمها: \_\_\_\_\_ الحي: \_\_\_\_\_ المنطقة التعليمية: \_\_\_\_\_  
عنوان البريد الإلكتروني للوالد(ة)/ولي(ة) الأمر: \_\_\_\_\_ اسم الوالد(ة)/ولي(ة) الأمر (بخط واضح): \_\_\_\_\_  
تاريخ التوقيع: \_\_\_\_\_ توقيع الوالد(ة)/ولي(ة) الأمر: \_\_\_\_\_  
عنوان الوالد(ة)/ولي(ة) الأمر: \_\_\_\_\_  
أرقام الهاتف: أثناء النهار: \_\_\_\_\_ رقم هاتف المنزل: \_\_\_\_\_ المحمول: \_\_\_\_\_  
طرف اتصال يديل لحالات الطوارئ: \_\_\_\_\_  
الاسم: \_\_\_\_\_ العلاقة بالتلميذ(ة): \_\_\_\_\_ رقم الهاتف: \_\_\_\_\_

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

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 Office of School Health after consultation with prescribing practitioner:  Clarified  Modified

Rev 3/25