Место для фотографии учащегося

# SEIZURE MEDICATION ADMINISTRATION FORM

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:_____

## HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW / ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ РЕБЕНКА

**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 |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ diazepam | | | | min | |
| ☐ 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) ☐ 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: _____

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS Rev 3/25
FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT **ТРЕБУЕТСЯ ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ на с. 2 PARENTS MUST SIGN PAGE 2 ➔**

# SEIZURE MEDICATION ADMINISTRATION FORM

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

1. 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.
2. **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.** Для применения вне школы и во время школьных поездок обязуюсь предоставить ребенку другое лекарство.
     - 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 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 представлю школьной медсестре/SBHC новую форму MAF, заполненную лечащим врачом ребенка.
   - Данная форма представляет собой мой запрос и разрешение на указанные услуги по выдаче лекарств. 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.
   - OSH вправе обращаться за необходимой информацией о состоянии здоровья ребенка, его лекарствах и/или лечении к врачам, медсестрам и фармацевтам, оказывавшим ребенку медицинские услуги.
   - Мне известно, что согласно требованиям штата Нью-Йорк препараты для лечения острых припадков, в том числе интраназальные, могут применяться только медсестрой или другим лицензированным медицинским работником.

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

## САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ (КРОМЕ ПРЕПАРАТОВ СРОЧНОЙ ПОМОЩИ)

- Настоящим заявляю/подтверждаю, что ребенок прошел обучение и может принимать лекарство самостоятельно. Я разрешаю ребенку иметь при себе, хранить и самостоятельно принимать в школе указанное в данной 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 или SBHC удостоверяет способность ребенка иметь при себе и самостоятельно принимать препарат. Я даю согласие на предоставление запасного лекарства в упаковке с этикеткой **back up** для хранения в школе.

Информация о ребенке. Фамилия:_____ Имя: _____ Инициал ср. Имени __ Дата рождения (м/д/г): _____

**Название/номер школы:**_____ Район: _____ Шк. округ: _____

**Имя и фамилия родителя/опекуна:**_____ 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: _____

**For Office of School Health (OSH) Use Only / Для служебных отметок Отдела школьного здравоохранения (OSH)**

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

Rev 3/25