



FORMULARI PËR ADMINISTRIMIN E ILAÇEVE PËR ALERGJI/ANAFILAKSI

Formulari i Urdhrit të Mjekut për Ilaçet | Zyra e Shëndetit në Shkollë (Office of School Health) | Viti Shkollor 2026–2027
Ju lutemi dorëzoheni tek Infermierja e Shkollës/Qendra Shëndetësore në Shkollë (School Based Health Center). Formularët e dorëzuar pas datës 1 qershor mund të shkaktojnë vonesa në përpunim për vitin e ri shkollor.

Mbiemri i Nxënësit/es: _____ Emri: _____ Iniciali i Emrit të Mesëm: _____ Ditëlindja: _____
Gjinia: Mashkull Femër OSIS #: _____ Klasa: _____ Klasa: _____ Distrikti DOE: _____
Shkolla (përfshini emrin, numrin, adresën dhe komunën): _____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

Specify Allergies:

History of asthma?

Yes (If yes, student has an increased risk for a severe reaction; complete the Asthma MAF for this student)
 No

Does this student have the ability to:

Self-manage (See 'Student Skill Level' below)

Yes No

Recognize signs of allergic reactions

Yes No

Recognize and avoid allergens independently

Yes No

Select In-School Medications

SEVERE ALLERGIC REACTION

A. Immediately administer epinephrine ordered below, then call 911.

Weight: _____ kg

Injectable (IM) 0.1 mg 0.15 mg 0.3 mg

Intranasal 1 mg 2 mg

Give epinephrine for any of the following signs and symptoms:

- Shortness of breath, wheezing, or coughing
- Fainting or dizziness
- Lip or tongue swelling that bothers breathing
- Pale or bluish skin color
- Tight or hoarse throat
- Vomiting or diarrhea (if severe or combined with other symptoms)
- Weak pulse
- Trouble breathing or swallowing
- Feeling of doom, confusion, altered consciousness or agitation
- Many hives or redness over body

Other signs and/or symptoms: _____

If this box is checked, child has an extremely severe allergy to an insect sting or the following food(s): _____

Even if child has MILD signs/symptoms after a sting or eating these foods, give epinephrine and call 911.

B. If no improvement, or if signs/symptoms recur, repeat in _____ minutes for maximum of _____ times (not to exceed a total of 3 doses, **do not enter ranges**)

If this box is checked, give antihistamine after epinephrine administration (order antihistamine below)

Student Skill Level (select the most appropriate option):

Nurse-Dependent Student: nurse/trained staff 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: _____

MILD ALLERGIC REACTION (parent must supply medicine for use in medical room) Note: if more than one oral medication is prescribed, this will be given first

Give for any of the following sign and symptoms • few hives • itchy mouth/nose/skin • mild nausea

SELECT ONE:

Cetirizine Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ PO Q24 hours pm

Diphenhydramine Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ PO Q4 hours pm Q6 hours pm

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: _____

OTHER ALLERGY MEDICATION: Give in addition to as alternative to the medication above

• Give Name: _____ Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ PO Q _____ hours pm

Specify signs, symptoms, or situations: _____

If no improvement, indicate instructions: _____

Conditions under which medication should not be given: _____

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: _____

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: _____

FORMULARI PËR ADMINISTRIMIN E ILAÇEVE PËR ALERGJI/ANAFILAKSI

Formulari i Urdhrit të Mjekut për Ilaçet | Zyra e Shëndetit në Shkollë (Office of School Health) | Viti Shkollor 2026–2027

Ju lutemi dorëzoheni tek Infermierja e Shkollës/Qendra Shëndetësore në Shkollë (School Based Health Center). Formularët e dorëzuar pas datës 1 qershor mund të shkaktojnë vonesa në përpunim për vitin e ri shkollor.

PRINDËR/KUJDESTARË: LEXONI, PLOTËSONI DHE NËNSHKRUANI. DUKE NËNSHKRUAR MË POSHTË, UNË PRANOJ SA VIJON:

1. Jap pëlqimin që ilaçi i fëmijës tim të ruhet dhe të jepet në shkollë sipas udhëzimeve nga ofruesi i kujdesit shëndetësor të fëmijës tim. Gjithashtu jap pëlqimin që çdo pajisje e nevojshme për ilaçet e fëmijës tim të ruhet dhe përdoret në shkollë

2. E kuptoj se:

- Unë duhet t'i dorëzoj infermieres së shkollës/ofruesit të qendrës shëndetësore në shkollë (SBHC) ilaçet dhe pajisjet e fëmijës tim. Unë do të përpiqem t'i jap shkollës stilolapsa epinefrine me gjilpëra tërheqëse.
- Të gjitha ilaçet me recetë dhe ato pa recetë që i dorëzoj shkollës duhet të jenë të reja, të pahapura dhe në shishe ose kuti origjinale. Unë do të siguroj që shkolla të ketë ilaçe të vlefshme dhe jo të skaduar për përdorim nga fëmija im gjatë ditëve të shkollës.
 - Ilaçet me recetë duhet të kenë etiketën origjinale të farmacisë në kuti ose në shishe. Etiketa duhet të përfshijë: 1) emrin e fëmijës tim, 2) emrin dhe numrin e telefonit të farmacisë, 3) emrin e ofruesit të kujdesit shëndetësor të fëmijës tim, 4) datën, 5) numrin e rimbushjeve, 6) emrin e medikamentit, 7) dozën, 8) kur të merret medikamenti, 9) si të merret medikamenti dhe 10) çdo udhëzim tjetër.
- Unë vërtetoj/konfirmoj se kam biseduar me ofruesin e kujdesit shëndetësor të fëmijës tim dhe jap pëlqimin që Zyra e Shëndetit në Shkollë (OSH) t'i japë fëmijës tim ilaç nga stoku në rast se ilaçi për astmë ose epinefrinë nuk janë të disponueshme.
- Unë duhet të informoj menjëherë infermierin e shkollës/ofruesin e SBHC për çdo ndryshim në ilaçon e fëmijës tim ose në udhëzimet e ofruesit të kujdesit shëndetësor.
- OSH dhe përfaqësuesit e saj të përfshirë në ofrimin e shërbimeve të mësipërme shëndetësore për fëmijën tim po mbështeten në saktësinë e informacionit në këtë formular.
- Duke nënshkruar këtë Formular për Përdorimin e Ilaçeve (MAF), unë autorizoj Zyrën e Shëndetit në Shkollë (OSH) që t'i ofrojë fëmijës tim shërbime shëndetësore të lidhura. Këto shërbime mund të përfshijnë, por nuk kufizohen vetëm në, një vlerësim klinik ose një kontroll fizik nga një ofrues shëndetësor ose infermiere e OSH.
- Urdhri për ilaçon në këtë MAF skadon në fund të vitit shkollor të fëmijës tim, i cili mund të përfshijë edhe sesionin e verës, ose kur unë i dorëzoj infermieres së shkollës/ofruesit të SBHC një MAF të ri (cilado ndodh më herët). Kur ky urdhr për ilaçon të skadojë, unë do t'i dorëzoj infermieres së shkollës/ofruesit të SBHC një MAF të ri të shkruar nga ofruesi shëndetësor i fëmijës tim.
- Ky formular përfaqëson pëlqimin dhe kërkesën time për shërbimet për alergjitë të përshkuara në këtë formular dhe mund të dërgohet direkt në OSH. Ky nuk është një marrëveshje nga Zyra e Shëndetit në Shkollë (OSH) për të ofruar shërbimet e kërkuara. Nëse OSH vendos t'i ofrojë këto shërbime, fëmija im mund të ketë gjithashtu nevojë për një Plan Akomodimi për Nxënësin (504 Accommodation Plan). Ky plan do të përpilohet nga shkolla.
- Për qëllime të ofrimit të kujdesit ose trajtimit për fëmijën tim, OSH mund të marrë çdo informacion që e konsideron të nevojshëm në lidhje me gjendjen mjekësore, ilaçet ose trajtimin e fëmijës tim. OSH mund ta marrë këtë informacion nga çdo ofrues shëndetësor, infermier/e ose farmacist që i ka dhënë fëmijës tim shërbime shëndetësore.

SHËNIM: Nëse vendosni të përdorni ilaç nga stoku, duhet të dërgoni me fëmijën tuaj epinefrinë, inhalatorin për astmë dhe ilaçet e tjera të miratuara gjatë ekskursioneve shkollore dhe/ose programeve pas shkollës. Ilaçet nga stoku mund të përdoren vetëm në shkollë nga stafi i Zyrës së Shëndetit në Shkollë (OSH).

VETË-ADMINISTRIMI I MEDIKAMENTEVE (VETËM PËR NXËNËSIT E PAVARUR):

- Unë vërtetoj/konfirmoj se fëmija im është trajnuar plotësisht dhe është në gjendje të marrë ilaçet vetë. Jap pëlqimin që fëmija im t'i mbajë me vete, t'i ruajë dhe t'i administrojë vetë ilaçet e përshkuara në këtë formular në shkollë dhe gjatë ekskursioneve. Unë jam përgjegjës për t'ia dhënë fëmijës tim ilaçet në shishe ose kuti të përshkuara sipas udhëzimeve më sipër. Gjithashtu, unë jam përgjegjës për të monitoruar përdorimin e ilaçeve nga fëmija im dhe për çdo pasojë që vjen nga përdorimi i këtyre ilaçeve në shkollë. Infermierja e shkollës ose ofruesit e SBHC do të konfirmojnë aftësinë e fëmijës tim për të mbajtur dhe administruar vetë ilaçon. Unë gjithashtu pajtohem që t'i jap shkollës një dozë rezervë të ilaçit në një shishe ose kuti të etiketuar qartë.
- Jap pëlqimin që infermierja e shkollës ose stafi i trajnuar i shkollës t'i japë fëmijës tim epinefrinë nëse fëmija im nuk është përkohësisht në gjendje ta mbajë dhe ta administrojë vetë ilaçon.

Nxënësi Mbiemri: _____ Emri: _____ Iniciali i Emrit të Mesëm: ____ Data e Lindjes (dd/mm/vv): _____

Shkolla (ATS DBN/emri): _____ Bashkia: _____ Distrikti: _____

Emri i prindit/kujdestarit (me shkronja shtypi): _____ Emaili i Prindit/Kujdestarit: _____

Nënshkrimi i prindit/kujdestarit: _____ Data e nënshkrimit: _____

Adresa e prindit/kujdestarit: _____

Nr. i celularit të prindit/kujdestarit: _____ Telefon tjetër: _____

Emri/marrëdhënia e kontaktit tjetër të emergjencës: _____

Nr. telefoni i kontaktit tjetër të emergjencës: _____

For Office of School Health (OSH) Use Only

OSIS Number: _____ 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