



استمارة إعطاء أدوية الحساسية/ الحساسية المفرطة

استمارة طلب الدواء من مُقدِّم الخدمة | مكتب الصحة المدرسية | العام الدراسي 2027-2026

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: _____
الجنس: ذكر أنثى أنتى رقم التعريف المدرسي (OSIS): _____ الصف: _____ الفصل: _____ المنطقة التعليمية لإدارة التعليم: _____
المدرسة (ضمن الاسم والرقم والعنوان والحي): _____

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

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: _____

تمت مراجعتها في 2/26

يجب على الأباء توقيع الصفحة 2

المعلومات غير الكاملة حول مقدم الرعاية الصحية تؤدي إلى تأخير تنفيذ الوصفات الطبية
لا يمكن تعبئة هذه الاستمارة بواسطة طبيب مقيم

استمارة إعطاء أدوية الحساسية/ الحساسية المفرطة

استمارة طلب الدواء من مُقدِّم الخدمة | مكتب الصحة المدرسية | العام الدراسي 2026-2027
يرجى إعادتها إلى ممرضة المدرسة/ المركز الصحي المدرسي. الاستمارات المقدمة بعد يوم 1 يونيو/ حزيران قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد.

الآباء/ أولياء الأمور: قوموا بقراءة وتعبئة وتوقيع هذه الاستمارة. بتوقيعي أدناه، أوافق على ما يلي:

- أوافق على أن يتم تخزين الدواء الخاص بطفلي وإعطائه إياه في المدرسة بناءً على توجيهات ممارس الرعاية الصحية لطفلي. أوافق أيضاً على أن يتم تخزين أي معدات مطلوبة لتقديم دواء طفلي واستخدامها في المدرسة.
- أنا أفهم ما يلي:
 - يجب أن أعطي ممرض(ة) المدرسة/مقدم الخدمة التابع للمركز الصحي المدرسي (SBHC) الدواء والمعدات الخاصة بطفلي. سأحاول إعطاء الأقاليم إبينيفرين (epinephrine pens) للمدرسة مع إبر قابلة للسحب.
 - يجب أن تكون جميع الأدوية سواء التي تصرف بوصفة أو بدون وصفة طبية والتي أعطيها للمدرسة، جديدة وغير مفتوحة، وفي القارورة أو العبوة الأصلية. سوف أقدم للمدرسة الأدوية الحالية الصالحة لاستخدام طفلي أثناء أيام الدراسة.
 - يجب أن تحمل الأدوية الموصوفة طبياً ملصق الصيدلية الأصلي على القارورة أو العبوة. يجب أن يشتمل الملصق على: (1) اسم طفلي، (2) اسم الصيدلية ورقم هاتفها، (3) اسم ممارس الرعاية الصحية لطفلي، (4) التاريخ، (5) عدد مرات إعادة التعبئة، (6) اسم الدواء، (7) الجرعة، (8) متى يتم تناول الدواء، (9) كيفية تناول الدواء، (10) أية إرشادات أخرى.
 - أقر/ أؤكد بموجبه بأنني تشاورت مع مقدم الرعاية الطبية لطفلي وأنتي أصرحت لمكتب الصحة المدرسية (OSH) بإعطاء الدواء المخزون في حالة عدم توفر دواء الربو أو أيبينفرين الموصوف لطفلي.
 - يجب أن أخبر ممرض(ة) المدرسة/ المركز الصحي المدرسي (SBHC) فوراً عن أي تغيير في دواء طفلي أو تعليمات ممارس الرعاية الصحية.
 - 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. قد تشمل هذه الخدمات على سبيل المثال لا الحصر، تقييماً كلينيكيّاً أو فحصاً بندياً من طرف ممارس الرعاية الصحية أو الممرض(ة) بمكتب الصحة المدرسية (OSH).
 - ينتهي طلب إعطاء الدواء في استمارة (MAF) هذه في نهاية العام الدراسي لطفلي، والذي قد يشمل الحصوص الصفيفية، أو عندما أعطي ممرضة المدرسة/مقدم(ة) الخدمة بالمركز الصحي المدرسي (SBHC) استمارة إعطاء الدواء (MAF) جديدة (أيهما يحلّ أولاً). عندما تنتهي صلاحية طلب تقديم الدواء هذا، سأقدم لممرضة طفلي المدرسية/ المركز الصحي المدرسي (SBHC) استمارة (MAF) لتقديم الدواء جديدة مكتوبة بواسطة ممارس الرعاية الصحية لطفلي.
 - تمثل هذه الاستمارة موافقتي وطلي للحصول على خدمات الحساسية الموضحة في هذه الاستمارة، ويمكن إرسالها مباشرة إلى مكتب الصحة المدرسية (OSH). 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 بإتمام هذه الخطة.
 - لغرض تقديم الرعاية أو العلاج لطفلي، قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على أية معلومات أخرى يعتقد أنها ضرورية عن الحالة الطبية لطفلي أو أدينته أو علاجه. قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على هذه المعلومات من أي ممارس رعاية صحية أو ممرض(ة) أو صيدلي قدّم خدمات صحية لطفلي.

ملحوظة: إذا قررت استخدام الأدوية الموجودة في المخزن، فيجب عليك إرسال دواء (epinephrine) الخاص بطفلك، وجهاز الاستنشاق للربو والأدوية الأخرى المسموح له بتناولها ذاتياً مع طفلك في يوم الرحلة المدرسية و/ أو برامج ما بعد الدوام المدرسي. الأدوية الموجودة في المخزن مخصصة للاستخدام داخل المدرسة من قبل موظفي مكتب الصحة المدرسية.

أخذ الدواء 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 وفي الرحلات. أنا مسؤول عن إعطاء طفلي هذا الدواء في فوارير أو عبوات كما هو موضح أعلاه. أنا أيضاً مسؤول عن مراقبة استخدام طفلي للدواء، وعن جميع نتائج استخدام طفلي لهذا الدواء في المدرسة. ستؤكد ممرضة المدرسة/مقدم الخدمة التابع للمركز الصحي المدرسي (SBHC) قدرة طفلي على حمل الدواء وأخذه بنفسه. كما أوافق على إعطاء دواء "احتياطي" للمدرسة في قارورة أو عبوة معونة بوضوح.
- أوافق على قيام ممرضة المدرسة أو طاقم المدرسة المدرب بإعطاء طفلي الدواء إذا كان طفلي غير قادر مؤقتاً على حمل الدواء أو تناوله بنفسه.

الاسم الأخير للتلميذ(ة): _____ الاسم الأول: _____ الأوسط: _____ تاريخ الميلاد (الشهر/اليوم/السنة): _____
المدرسة (رقم DBN /ATS /الاسم): _____ الحي: _____ المنطقة التعليمية: _____
اسم الوالد(ة) // ولي(ة) الأمر (بخط واضح): _____ عنوان البريد الإلكتروني للوالد(ة) // ولي(ة) الأمر: _____
توقيع الوالد(ة) // ولي(ة) الأمر: _____ تاريخ التوقيع: _____
عنوان الوالد(ة) // ولي(ة) الأمر: _____
رقم الهاتف المحمول للوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر: _____ هاتف آخر: _____
جهة اتصال أخرى في حالات الطوارئ الاسم/العلاقة: _____
رقم هاتف طرف الاتصال الآخر في حالات الطوارئ: _____

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