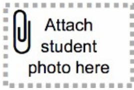

過敏/過敏反應症的藥物施用表

提供者醫療手續執行表 | 學校健康辦公室 | **2026-2027**學年

請將其交回給學校護士/學校健康中心。6月1日之後遞交的表格可能會對新學年的申請程序造成延誤。

學生姓氏：______ 名字：______ 中名首字母：______ 出生日期：______
性別： ☐ 男 ☐ 女 學生身份號碼(OSIS)：______ 年級：______ 班級：______ 教育局學區：______
學校（包括名稱、號碼、地址和行政區）：______

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: ______

醫療專業人員的資訊不完整，將導致醫藥手續執行的延誤
表格不能由駐院醫生填寫

2026年2月修訂
家長必須在第2頁簽名

過敏/過敏反應症藥物施用表

提供者醫療手續執行表 | 學校健康辦公室 | **2026-2027**學年

請將其交回給學校護士/學校健康中心。6月1日之後遞交的表格可能會對新學年的申請程序造成延誤。

家長/監護人：通讀、填寫並簽名。我在下面簽名，表示我同意如下：

1. 我同意，學校保存我子女的醫藥並根據我子女的健康護理人員的說明給藥。我也同意，我子女的醫藥所需的任何器材都在學校裏儲存和使用。
2. **我理解：**
   - 我必須把我子女的醫藥和器材交給學校護士/學校健康中心（SBHC）。我將儘量給學校有伸縮針頭的腎上腺素注射器（epinephrine pens with retractable needles）。
   - **我給予學校的所有處方和非處方藥物都必須是新的、未曾開封過並裝在其原封瓶子或盒子裏。我將給學校提供我子女在上學日所需的當前、未過期的醫藥用品。**
     - 處方藥物必須在其盒子或瓶子上有**原裝**藥房標籤。標籤必須包括：1) 我子女的姓名， 2) 藥房名稱和電話號碼， 3) 我子女的健康護理人員姓名， 4) 日期， 5) 重配次數， 6) 藥物名稱， 7) 劑量， 8) 何時用藥， 9) 如何用藥 以及 10) 任何其他說明。
   - 我謹此證明/確認，我已諮詢我子女的健康護理人員，並且我同意學校健康辦公室（OSH）在萬一我子女沒有哮喘藥物或腎上腺素藥物時可以給我子女施用儲存的藥物。
   - 如果我子女的藥物或者健康護理服務提供者的說明有任何變化，我必須**立即**告知學校護士/SBHC 提供者。
   - 參與為我子女提供上述健康服務的學校健康辦公室（OSH）及其代理人員依賴於本表格資訊的精確度。
   - 我在這一「藥物施用表」（MAF）上簽名，則表明我授權學校健康辦公室（OSH）為我子女提供健康服務。這些服務可以包括（但不限於）由一名 OSH 辦公室健康護理人員或護士所執行的臨床評估或體檢。
   - 這份 MAF 表所囑咐的藥物用法在以下時間失效：我子女的學年結束時（這可能包括暑期班），或者在我交給學校護士/SBHC 服務提供者一份新的 MAF 時（以時間較早者為準）。當這份囑咐的藥物用法表失效時，我將交給子女的學校護士/SBHC 服務提供者一份新的由我子女的健康護理服務提供者出具的 MAF。
   - 這份表格代表我同意並要求提供本表格內說明的過敏服務，並可以直接發送給學校健康辦公室（OSH）。這並非 OSH 提供所要求的服務的協議。如果 OSH 決定提供這些服務，我子女可能還需要一份「504 特別照顧計劃」（Section 504 Accommodation Plan）。這份計劃將由學校填寫。
   - 爲著給我子女提供護理或治療的目的，OSH 可以獲取該辦公室認爲所需要的有關我子女的健康問題、藥物和治療相關的任何其他資訊。OSH 可以向任何為我子女提供健康服務的健康護理人員、護士或藥劑師索取該資訊。

   請注意：在學校外出參觀日和/或課後計劃中，如果您決定使用儲存的藥物，您必須讓子女隨身帶上腎上腺素、哮喘藥物吸入器以及其他任何獲准的藥物。儲存的藥物僅由OSH工作人員在學校使用。

自己用藥（僅適用於能自己獨立用藥的學生）：

- 我證明/確認，我子女已得到充分的訓練並能夠自行用藥。我同意，我的子女在學校裏以及在學校外出活動時自己攜帶、儲存並自己施用本表格上所開具的藥物。我負責根據上述說明把瓶子或盒子裏的藥物交給我子女。我也負責監督我子女在學校裏的藥物使用情況及其對這一藥物使用所導致的任何後果。學校護士/SBHC 服務提供者將確認我子女擁有攜帶和自行用藥的能力。我也同意交給學校「備用」藥物（裝在清楚地標示的盒子或瓶子裏）。
- 我同意，如果我子女臨時不能攜帶或自行用藥，學校護士或經過訓練的學校員工可以給我子女施用腎上腺素。

學生 姓氏：______________ 名字：______________ 中間名首字母：__出生日期（月/日/年）：_____

學校（ATS DBN/名稱）：______________ 行政區：__________ 學區：__________

家長/監護人姓名（用英文清楚書寫）：______________ 家長/監護人電子郵箱：______________

家長/監護人簽名：______________ 簽名日期：______________

家長/監護人地址：______________

家長 / 監護人手機號碼：______________ 其他電話：______________

其他緊急聯絡人姓名/關係：______________

其他緊急聯絡人電話：______________

For Office of School Health (OSH) Use Only（僅供工作人員填寫）

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