



# FORMULAIRE D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS EN CAS D'ANAPHYLAXIE/D'ALLERGIES

Formulaire d'ordonnance médicale du prestataire | Bureau de la santé scolaire | Année scolaire 2026-2027

À retourner au personnel infirmier scolaire/centre de santé scolaire. Les formulaires soumis après le 1<sup>er</sup> juin peuvent retarder leur traitement pour la nouvelle année scolaire.

Nom de l'élève : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ 2<sup>e</sup> prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance (MM/JJ/AAAA) : \_\_\_\_\_  
Sexe :  Masculin  Féminin N° OSIS : \_\_\_\_\_ Grade : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_ District du DOE : \_\_\_\_\_  
École (nom, numéro, adresse et borough) : \_\_\_\_\_

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

LES INFORMATIONS INCOMPLÈTES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ RETARDERONT LA MISE EN PLACE DES ORDONNANCES MÉDICALES  
LES FORMULAIRES NE PEUVENT PAS ÊTRE REMPLIS PAR UN OU UNE INTERNE EN MÉDECINE

Rév 2/26

LES PARENTS DOIVENT SIGNER LA PAGE 2

# FORMULAIRE D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS EN CAS D'ANAPHYLAXIE/D'ALLERGIES

Formulaire d'ordonnance médicale du prestataire | Bureau de la santé scolaire | Année scolaire 2026-2027

À retourner au personnel infirmier scolaire/centre de santé scolaire. Les formulaires soumis après le 1<sup>er</sup> juin peuvent retarder leur traitement pour la nouvelle année scolaire.

## PARENTS/TUTEURS/TUTRICES : LISEZ, COMPLÉTEZ ET SIGNEZ. EN SIGNANT CI-DESSOUS, J'ACCEPTÉ CE QUI SUIT :

- Je consens à ce que les médicaments de mon enfant soient conservés et administrés à l'école selon les instructions de son médecin. Je consens également à ce que tout équipement nécessaire aux médicaments de mon enfant soit conservé et utilisé à l'école.
- Je comprends que :**
  - Je dois donner au personnel infirmier scolaire/centre de santé scolaire (School Based Health Center - SBHC) les médicaments de mon enfant et l'équipement nécessaire. Je donnerai à l'école les stylos auto-injecteurs d'adrénaline (épinéphrine) avec aiguilles rétractables.
  - Tous les médicaments prescrits et « en vente libre » que je remets à l'école doivent être neufs, non ouverts et dans leur emballage ou flacon d'origine. Je fournirai à l'école les médicaments actuels et non périmés pour l'usage de mon enfant pendant les jours de classe.**
    - La boîte ou le flacon des médicaments prescrits doivent porter l'étiquette **d'origine** de la pharmacie. L'étiquette doit indiquer : 1) le nom de mon enfant, 2) le nom et le numéro de téléphone de la pharmacie, 3) le nom du médecin de mon enfant, 4) la date, 5) le nombre de renouvellements, 6) le nom du médicament, 7) la posologie, 8) quand prendre le médicament, 9) le mode d'administration du médicament et 10) toute autre instruction.
  - Je déclare/j'atteste avoir consulté le médecin de mon enfant et je consens à ce que le Bureau de la santé scolaire (Office of School Health - OSH) administre le médicament de mon enfant conservé en réserve si l'auto-injecteur d'adrénaline (épinéphrine) ou le médicament prescrit pour contrôler son asthme ne sont pas disponibles.
  - Je dois **immédiatement** informer le personnel infirmier scolaire/centre de santé scolaire SBHC de tout changement concernant le médicament de mon enfant ou les instructions de son médecin.
  - L'OSH et son personnel chargé de fournir à mon enfant les services de santé indiqués ci-dessus se fient à l'exactitude des informations de ce formulaire.
  - En signant ce formulaire d'administration de médicaments (Medication Administration Form - MAF), j'autorise l'OSH à dispenser des services de santé à mon enfant. Ces services peuvent comprendre une évaluation clinique ou un examen médical par un professionnel de santé ou le personnel infirmier de l'OSH.
  - L'ordonnance médicale contenue dans ce MAF expire à la fin de l'année scolaire de mon enfant, ce qui peut inclure la session d'été, ou lorsque je donne un nouveau MAF au personnel infirmier scolaire/centre de santé scolaire SBHC (selon ce qui survient en premier). Lorsque l'ordonnance médicale arrivera à expiration, je donnerai au personnel infirmier scolaire de mon enfant/au prestataire SBHC un nouveau MAF rempli par son médecin.
  - Ce formulaire représente mon autorisation et ma demande pour les services décrits pour traiter l'allergie, et peut être envoyé directement à l'OSH. Cela ne signifie pas que l'OSH s'engage à fournir les services demandés. Si l'OSH décide de dispenser ces services, mon enfant peut également avoir besoin d'un plan d'aménagements en vertu de la Section 504. Ce plan sera mis en place par l'école.
  - Afin de dispenser des soins ou un traitement à mon enfant, l'OSH peut obtenir toute autre information qu'il estime être nécessaire concernant l'état de santé, les médicaments ou le traitement de mon enfant. L'OSH peut obtenir ces informations auprès des professionnels de santé, du personnel infirmier ou des pharmaciens ayant dispensé des services de santé à mon enfant.

**REMARQUE : si vous décidez d'utiliser des médicaments de réserve, vous devez fournir à votre enfant son stylo auto-injecteur d'adrénaline (épinéphrine), son inhalateur pour l'asthme et tout autre médicament approuvé le jour de la sortie scolaire en journée et/ou d'programmes après les cours. Les médicaments de réserve sont réservés à l'usage exclusif du personnel de l'OSH à l'école.**

## AUTOADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS (UNIQUEMENT POUR LES ÉLÈVES AUTONOMES) :

- Je déclare/j'atteste que mon enfant a reçu une formation complète et qu'il ou elle peut prendre son médicament en toute autonomie. Je consens à ce que mon enfant transporte, conserve et s'administre en toute autonomie le médicament prescrit sur ce formulaire à l'école et lors des sorties. Je suis responsable de donner ce médicament à mon enfant, dans sa boîte ou son flacon, comme décrit ci-dessus. Je suis également responsable de la surveillance de la prise de médicaments par mon enfant et de toutes les conséquences de l'utilisation de ce médicament par mon enfant à l'école. Le personnel infirmier scolaire/le prestataire SBHC attestera de l'aptitude de mon enfant à transporter le médicament et à se l'administrer. Je consens également à donner à l'école un médicament « de secours » dans une boîte ou un flacon dont l'étiquette est visible.
- J'autorise le personnel infirmier scolaire ou tout membre du personnel scolaire formé à administrer de l'épinéphrine à mon enfant s'il ou si elle est temporairement incapable de le transporter et de se l'administrer.

Nom de famille de l'élève : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Initiale 2<sup>e</sup> prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance (m/j/a) : \_\_\_\_\_

École (ATS DNB/nom) : \_\_\_\_\_ Borough : \_\_\_\_\_ District : \_\_\_\_\_

Nom du parent/tuteur/de la tutrice (majuscules) : \_\_\_\_\_ E-mail du parent/tuteur/de la tutrice : \_\_\_\_\_

Signature du parent/tuteur/de la tutrice : \_\_\_\_\_ Date de signature : \_\_\_\_\_

Adresse du parent/tuteur/de la tutrice : \_\_\_\_\_

Téléphone portable du parent/tuteur/de la tutrice : \_\_\_\_\_ Autre téléphone : \_\_\_\_\_

Autre personne à contacter en cas d'urgence/lien : \_\_\_\_\_

Téléphone de l'autre personne à contacter en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

### 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