



الرجیز / اینافائلیکسس (ALLERGIES/ANAPHYLAXIS) ادویات دینے کا فارم

فراہم کنندہ کے لیے دوائیاں آرڈر کرنے کا فارم | اسکول کا دفتر صحت | تعلیمی سال 2026-2027
برائے مہربانی اسکول نرس / اسکول میں موجود مرکز کو واپس کریں۔ 1 جون کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کاروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔

طالب علم کا آخری نام: _____ پہلا نام: _____ درمیانی نام: _____ تاریخ پیدائش: _____
جنس: لڑکا لڑکی OSIS نمبر #: _____ گریڈ: _____ کلاس: _____ DOE ضلع: _____
اسکول (نام، نمبر، پتہ اور پروف شامل کریں): _____

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: _____

والدین کے لیے

طی نگہداشت پیشہ ور کی نامکمل معلومات دوائی آرڈر کی کاروائی میں تاخیر کی وجہ بن سکتی ہے تجدید شدہ 2/26
فارمز کو ایک ریویژنٹ مکمل نہیں کر سکتا
صفحہ 2 پر دستخط کرنا لازمی ہیں

الرجیز / اینافائلیکسس (ALLERGIES/ANAPHYLAXIS) ادویات دینے کا فارم

فراہم کنندہ کے لیے دوائیاں آرڈر کرنے کا فارم | اسکول کا دفتر صحت | اسکول سال 2026-2027

برائے مہربانی اسکول نرس / اسکول میں موجود مرکز کو واپس کریں۔ 1 جون کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کاروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔

والدین / سرپرست: پڑھ کر مکمل کریں اور دستخط کریں۔ ذیل میں دستخط کر کے، میں اس پر متفق ہوں کہ:

- میں اپنے بچے کی دوا کو اسکول میں محفوظ کیے جانے اور میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات کے مطابق دیے جانے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں اپنے بچے کی دوا کے لیے درکار کسی بھی آلات کو اسکول میں محفوظ اور استعمال کرنے کی بھی اجازت دیتا ہوں۔
- میں جانتا ہوں کہ:
 - مجھے اسکول نرس / اسکول میں قائم صحت مرکز (SBHC) فراہم کنندہ کو اپنے بچے کی دوا اور آلات فراہم کرنا لازمی ہیں۔ میں اسکول کو ایپنیفرین پین بازگردانی (retractable) سوئیوں کے ساتھ دینے کی کوشش کرونگا۔
 - تمام نسخے والی اور "کاؤنٹر پر ملنے والی" دوائیں جو میں اسکول کو دوں گا وہ نئی، سیل بند، اور اصل بوتل یا ڈبے میں بند ہونی لازمی ہیں۔ میں اسکول کو اپنے بچے کے اسکول دن کے دوران استعمال کے لیے موجودہ اور غیر معیاد ختم شدہ دوا فراہم کروں گا۔
 - نسخے والی دوا کے ڈبے یا بوتل پر اصل فارمیسی کا لیبل ہونا لازمی ہے۔ لیبل پر لازماً شامل ہونا چاہیے: (1) میرے بچے کا نام، (2) فارمیسی کا نام اور فون نمبر، (3) میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کا نام، (4) تاریخ، (5) دوبارہ بھرے (refill) کی تعداد، (6) دوا کا نام، (7) خوراک، (8) دوا کب لی جائے، (9) دوا کیسے لی جائے اور (10) کوئی دیگر ہدایات۔
 - میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میں نے اپنے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور سے اس بات کی جانچ کر لی ہے اور یہ کہ میں اسکول کے دفتر صحت (OSH) کو میرے بچے کی دوا یا ایپنیفرین دستیاب نہ ہونے کی صورت میں میرے بچے کے ذخیرے (اسٹاک) سے دوا دینے کی اجازت دیتا ہوں۔
 - مجھے اپنے بچے کی دوا یا طبی نگہداشت فراہم کنندہ کی ہدایات میں کسی بھی تبدیلی کے بارے میں فوراً اسکول کی نرس / SBHC فراہم کنندہ کو اطلاع دینا ہوگی۔
 - OSH اور اس کے وہ نمائندے جو میرے بچے کو درج بالا صحت کی خدمات (خدمات) فراہم کر رہے ہیں، اس فارم میں دی گئی معلومات کی درستگی پر انحصار کر رہے ہیں۔
 - اس ادویات دینے کا فارم (MAF) پر دستخط کر کے، میں OSH کو میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ ان خدمات میں شامل ہو سکتے ہیں لیکن کسی کلینک تشخیص یا کسی OSH کے طبی نگہداشت پیشہ ور یا نرس کے ذریعے ایک جسمانی معائنہ بھی شامل ہو سکتا ہے لیکن انہی تک محدود نہیں۔
 - اس MAF میں دی گئی دوا دینے کی ہدایات میرے بچے کے تعلیمی سال کے اختتام پر ختم ہو جائے گی، جس میں گرمیوں کا سیشن بھی شامل ہو سکتا ہے، یا جب میں اسکول کی نرس / SBHC فراہم کنندہ کو ایک نیا MAF دوں گا (جو بھی پہلے ہو)۔ دوا دینے کے اس آرڈر کے ختم ہو جانے کے بعد، میں اپنے بچے کے معالج کی جانب سے ایک نئی تحریری MAF اپنے بچے کی اسکول نرس / SBHC فراہم کنندہ کو فراہم کروں گا۔
 - یہ فارم میری رضامندی اور اس فارم میں بیان کی گئی الرجی سے متعلق خدمات کی درخواست کی نمائندگی کرتا ہے، اور اسے براہ راست OSH کو بھیجا جا سکتا ہے۔ یہ OSH کی جانب سے درخواست کردہ خدمات فراہم کیے جانے کا کوئی معاہدہ نہیں ہے۔ اگر OSH ان خدمات کی فراہمی کا فیصلہ کرتا ہے، تو میرے بچے کو طالب علم سہولت منصوبے کی ضرورت بھی ہو سکتی ہے۔ اس منصوبے کو اسکول مکمل کرے گا۔
 - میرے بچے کی دیکھ بھال یا علاج کی غرض سے، OSH میرے بچے کی طبی حالت، دوا، یا علاج سے متعلق کوئی بھی ایسی معلومات حاصل کر سکتے ہیں جنہیں وہ ضروری سمجھتے ہیں۔ OSH ان معلومات کو کسی بھی ایسے طبی نگہداشت کے پیشہ ور، نرس، یا دوا فروش سے حاصل کر سکتا ہے جنہوں نے میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کی ہیں۔

- توجہ: اگر آپ فیصلہ کرتے ہیں محفوظ شدہ ادویات استعمال کی جائے، تو آپ کا بچہ اسکول کے تفریحی دوروں کے ایام اور / یا اسکول بعد پروگرام کے لیے ایپنیفرین، دمہ کے انہیلر، اور خود سے لینے والی دیگر منظور کردہ ادویات کو اپنے بچے کے ساتھ لازماً بھیجنا ہوگا۔ محفوظ شدہ ادویات صرف اسکول میں OSH عملے کے ذریعے استعمال کرنے کے لیے ہوتی ہیں۔
- ادویات کو خود لینا (صرف خود مختار طلباء):**
- میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میرا بچہ مکمل تربیت یافتہ ہے اور وہ خود سے دوا لے سکتا / سکتی ہے۔ میں اپنے بچے کو اس فارم پر دی گئی دوائیوں کو اسکول میں اور دوروں پر لیجانے، محفوظ کرنے اور خود سے لینے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں اپنے بچے کو مذکورہ بالا کے مطابق ان ادویات کو بوتلوں یا ڈبوں میں دینے کا ذمہ دار ہوں۔
 - میں اپنے بچے کی دوا کے استعمال کی نگرانی کرنے اور اسکول میں اس دوا کے استعمال کے تمام نتائج کا بھی خود ذمہ دار ہوں۔ اسکول نرس / SBHC فراہم کنندہ میرے بچے کی دوا اپنے ساتھ رکھنے اور خود سے لینے کی اہلیت کی تصدیق کرے گا۔ میں اس پر بھی آمادہ ہوں کہ اسکول کو دوا ایک واضح لیبل لگے ہوئے ڈبے یا بوتل میں "اضافی ذخیرہ" (بیک اپ) دوں گا۔
 - اگر میرا بچہ عارضی طور پر دوا اپنے ساتھ رکھنے اور خود سے لینے سے قاصر ہو جائے تو میں اسکول نرس یا تربیت یافتہ اسکول عملے کو میرے بچے کو ایپنیفرین دینے کی اجازت دیتا ہوں۔

طالب علم کا آخری نام: _____ پہلا نام: _____ درمیانیہ مختصر نام: _____
 تاریخ پیدائش (سال / دن / مہینہ): _____
 اسکول (ATS DBN / نام): _____ برو: _____ ضلع: _____
 والدین / سرپرست کا نام (جلی حروف میں): _____ والدین / سرپرست کا ای میل: _____
 والدین / سرپرست کے دستخط: _____ دستخط کی تاریخ: _____
 والدین / سرپرست کا پتہ: _____
 والدین / سرپرست کا سیل فون: _____ دیگر فون: _____
 دیگر ہنگامی رابطے کا نام / رشتہ: _____
 دیگر ہنگامی رابطہ فون: _____

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