



# FORMULAIRE GÉNÉRAL D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

CE FORMULAIRE NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ POUR LES MÉDICAMENTS POUR LE DIABÈTE, LES CRISES ÉPILEPTIQUES, L'ASTHME ET LES ALLERGIES

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

A 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

1. **Diagnosis:** \_\_\_\_\_ **ICD-10 Code:**  \_\_\_\_\_

**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 - \*Initial below for Independent (not allowed for controlled substances)
    - I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events.
- Practitioner's Initials: \_\_\_\_\_

**In School Instructions**

Medication (Generic and/or Brand Name): \_\_\_\_\_

Preparation/Concentration: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ mg Route: \_\_\_\_\_

Standing daily dose – at \_\_\_\_\_ and \_\_\_\_\_ **and/or**

PRN – specify signs, symptoms, or situations: \_\_\_\_\_

- Time interval: \_\_\_\_\_ minutes or \_\_\_\_\_ hours as needed.
- If no improvement, repeat in \_\_\_\_\_ minutes or \_\_\_\_\_ hours for a maximum of \_\_\_\_\_ times.

**Conditions under which medication should not be given:** \_\_\_\_\_

2. **Diagnosis:** \_\_\_\_\_ **ICD-10 Code:**  \_\_\_\_\_

**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 - \*Initial below for Independent (not allowed for controlled substances)
    - I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events.
- Practitioner's Initials: \_\_\_\_\_

**In School Instructions**

Medication (Generic and/or Brand Name): \_\_\_\_\_

Preparation/Concentration: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ mg Route: \_\_\_\_\_

Standing daily dose – at \_\_\_\_\_ and \_\_\_\_\_ **and/or**

PRN – specify signs, symptoms, or situations: \_\_\_\_\_

- Time interval: \_\_\_\_\_ minutes or \_\_\_\_\_ hours as needed.
- If no improvement, repeat in \_\_\_\_\_ minutes or \_\_\_\_\_ hours for a maximum of \_\_\_\_\_ times.

**Conditions under which medication should not be given:** \_\_\_\_\_

3. **Diagnosis:** \_\_\_\_\_ **ICD-10 Code:**  \_\_\_\_\_

**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 - \*Initial below for Independent (not allowed for controlled substances)
    - I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events.
- Practitioner's Initials: \_\_\_\_\_

**In School Instructions**

Medication (Generic and/or Brand Name): \_\_\_\_\_

Preparation/Concentration: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ mg Route: \_\_\_\_\_

Standing daily dose – at \_\_\_\_\_ and \_\_\_\_\_ **and/or**

PRN – specify signs, symptoms, or situations: \_\_\_\_\_

- Time interval: \_\_\_\_\_ minutes or \_\_\_\_\_ hours as needed.
- If no improvement, repeat in \_\_\_\_\_ minutes or \_\_\_\_\_ hours for a maximum of \_\_\_\_\_ times.

**Conditions under which medication should not be given:** \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

## FORMULAIRE GÉNÉRAL D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

CE FORMULAIRE NE DOIT PAS ÊTRE UTILISÉ POUR LES MÉDICAMENTS POUR LE DIABÈTE, LES CRISES ÉPILEPTIQUES, L'ASTHME ET LES 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.
  - 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 dois **immédiatement** informer le personnel infirmier scolaire/prestataire SBHC de tout changement concernant le médicament de mon enfant ou les instructions de son médecin.
  - Les élèves ne sont pas autorisés à transporter ou à s'administrer des substances contrôlées.**
  - Le Bureau de la santé scolaire (Office of School Health - 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/au prestataire 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 médicaux décrits dans ce formulaire, 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 : il est préférable de fournir les médicaments et le matériel de votre enfant le jour des sorties scolaires et des activités scolaires à l'extérieur de 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.

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

École (ATS DBN/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 : \_\_\_\_\_

Numéros de téléphone : En journée : \_\_\_\_\_ Domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

#### Autre contact d'urgence

Prénom et nom : \_\_\_\_\_ Lien avec l'élève : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

### 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 OSH contact with prescribing health care practitioner:  Clarified  Modified

Rév 2/26