



# ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

ПОМИМО ДИАБЕТИЧЕСКИХ, ПРОТИВОСУДОРОЖНЫХ, ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКИХ ИЛИ ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | 2026-2027 уч. г.

Верните заполненную форму школьной медсестре или в школьный центр здоровья.

Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

Фамилия учащегося: \_\_\_\_\_ Имя: \_\_\_\_\_ Ср. имя: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_  
Пол:  мужской  женский Номер учащегося (OSIS): \_\_\_\_\_ Уч. уровень: \_\_\_\_\_ Класс: \_\_\_\_\_ Школьный округ DOE: \_\_\_\_\_  
Школа (название, номер, адрес и район): \_\_\_\_\_

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

УКАЗАНИЕ НЕПОЛНОЙ ИНФОРМАЦИИ О ЛЕЧАЩЕМ ВРАЧЕ РЕБЕНКА ВЕДЕТ К ЗАДЕРЖКЕ В ИСПОЛНЕНИИ ПРЕДПИСАНИЯ  
ЗАПОЛНЕНИЕ ФОРМЫ ВРАЧОМ-ОРДИНАТОРОМ НЕ ДОПУСКАЕТСЯ.

Редакция 2/26  
ТРЕБУЕТСЯ ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ на с. 2

## ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

ПОМИМО ДИАБЕТИЧЕСКИХ, ПРОТИВОСУДОРОЖНЫХ, ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКИХ ИЛИ ПРОТИВОАЛЛЕРГИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | 2026-2027 уч. г.

Верните заполненную форму школьной медсестре или в школьный центр здоровья.

Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

### РОДИТЕЛИ/ОПЕКУНЫ! ПРОЧИТАЙТЕ, ЗАПОЛНИТЕ И ПОДПИШИТЕ ФОРМУ. Я, НИЖЕПОДПИСАВШИЙСЯ, ВЫРАЖАЮ СОГЛАСИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЕ:

- Я даю согласие на хранение и выдачу ребенку в школе лекарства в соответствии с предписаниями его лечащего врача. Также даю согласие на хранение и применение в школе средств, необходимых для введения лекарственного препарата.
- Мне известно следующее:**
  - Мне требуется обеспечить школьную медсестру/школьный центр здоровья (school based health center, SBHC) лекарственным препаратом и необходимыми средствами для его введения.
  - Все предоставляемые школе рецептурные и безрецептурные лекарственные препараты должны быть новыми, в запечатанной фабричной или аптечной упаковке.** Я предоставлю школе назначенное на текущее время непросроченное лекарство для приема ребенком в течение учебного дня.
    - Рецептурный препарат должен быть в упаковке с **оригинальной** аптечной этикеткой, на которой должны быть указаны 1) имя и фамилия ребенка, 2) название и телефон аптеки, 3) имя и фамилия врача ребенка, 4) дата, 5) число повторных заказов, 6) название препарата, 7) доза, 8) время приема, 9) способ применения и 10) другие инструкции.
  - Я обязуюсь **незамедлительно** уведомлять школьную медсестру/SBHC обо всех изменениях в лекарственных препаратах ребенка или инструкциях лечащего врача.
  - Учащимся запрещается иметь при себе или самостоятельно принимать контролируемые вещества.**
  - Отдел школьного здравоохранения (OSH) и его представители, ответственные за предоставление ребенку вышеуказанной услуги/услуг, руководствуются информацией, представленной в данной форме.
  - Своей подписью в Запросе на выдачу лекарств (medication administration form, MAF) я разрешаю OSH оказывать медицинские услуги ребенку. Эти услуги могут включать, в частности, клиническую оценку и медицинский осмотр, проводимые врачом или медсестрой OSH.
  - Врачебное предписание в этом запросе MAF истекает в конце учебного года, который может включать летние занятия, или по представлении мной новой формы MAF школьной медсестре/SBHC (в зависимости от того, что наступит ранее). По истечении этого врачебного предписания я представлю школьной медсестре/SBHC новую форму MAF, заполненную лечащим врачом ребенка.
  - Данная форма представляет собой мое согласие и запрос на указанные услуги по выдаче лекарств; она может быть направлена напрямую в OSH. Она не является согласием OSH на оказание запрашиваемых услуг. В случае согласия OSH на предоставление этих услуг, ребенку также потребуется План адаптации (Section 504 Accommodation Plan), который оформляется школой.
  - В целях предоставления медицинских услуг или лечения моего ребенка OSH/SBHC может обращаться за необходимой им дополнительной информацией о состоянии его здоровья, лекарствах и/или процедурах к любым врачам, медсестрам и фармацевтам, оказывавшим помощь ребенку.

**ПРИМЕЧАНИЕ.** Предпочтительно, чтобы в дни школьных экскурсий и внешкольных мероприятий вы обеспечивали ребенка лекарственным препаратом и средствами его введения.

### САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

- Настоящим заявляю/подтверждаю, что ребенок прошел обучение и может принимать лекарство самостоятельно. Я разрешаю ребенку иметь при себе, хранить и самостоятельно принимать в школе/во время школьных экскурсий указанное в данной форме лекарство. Я несу ответственность за предоставление ребенку лекарственных средств в упаковке, как описано выше. Я также несу ответственность за контроль приема лекарства ребенком, а также за все последствия приема этого препарата в школе. Школьная медсестра/SBHC удостоверяет способность ребенка иметь при себе и самостоятельно принимать препарат. Я даю согласие на предоставление запасного лекарства в упаковке с этикеткой back up для хранения в школе.

Сведения об учащемся. Фамилия: \_\_\_\_\_ Имя: \_\_\_\_\_ Инициал ср. имени: \_\_\_\_\_

Дата рождения (месяц/день/год): \_\_\_\_\_

Сведения о школе (Номер DBN/название в ATS): \_\_\_\_\_ Район: \_\_\_\_\_ Школьный округ: \_\_\_\_\_

Сведения о родителе/опекуне. Имя и фамилия (печатными буквами): \_\_\_\_\_ Имейл родителя/опекуна: \_\_\_\_\_

Подпись родителя/опекуна: \_\_\_\_\_ Дата подписи: \_\_\_\_\_

Адрес родителя/опекуна: \_\_\_\_\_

Телефоны: дневной: \_\_\_\_\_ домашний: \_\_\_\_\_ мобильный: \_\_\_\_\_

Другое контактное лицо для срочной связи

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Родство с учащимся: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

### 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

Редакция 2/2026