



# ЗАГАЛЬНА ФОРМА ЗАПИТУ НА ВИДАЧУ АБО ВВЕДЕННЯ ПРЕПАРАТІВ

ЦЮ ФОРМУ ЗАБОРОНЕНО ВИКОРИСТОВУВАТИ ДЛЯ ОТРИМАННЯ препаратів ВІД ДІАБЕТУ, ЕПІЛЕПСІЇ, АСТМИ АБО АЛЕРГІЇ.

Форма про призначення препаратів постачальником медичних послуг | Відділ шкільної охорони здоров'я | 2026–2027 навчальний рік  
Будь ласка, зверніться до шкільної медсестри/шкільного медичного центру. Форми, подані після 1 червня, можуть призвести до затримки у обробці даних для нового навчального року.

Прізвище учня: \_\_\_\_\_ Ім'я: \_\_\_\_\_ Середнє ім'я: \_\_\_\_\_ Дата народження: \_\_\_\_\_  
Стать  Чоловіча  Жіноча № OSIS: \_\_\_\_\_ Клас: \_\_\_\_\_ Група: \_\_\_\_\_ Округ Департаменту освіти: \_\_\_\_\_  
Школа (вказіть назву, номер, адресу та 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: \_\_\_\_\_

НЕДОСТАТНЯ ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЛІКАРЯ ЗАТРИМАЄ НАДАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ПРИЗНАЧЕНЬ  
ФОРМИ НЕ МОЖУТЬ БУТИ ЗАПОВНЕНІ ЛІКАРЕМ-ІНТЕРНОМ

ред. 2/26  
БАТЬКИ ПОВИННІ ПІДПИСАТИ СТОРІНКУ 2 І

## ЗАГАЛЬНА ФОРМА ЗАПИТУ НА ВИДАЧУ АБО ВВЕДЕННЯ ПРЕПАРАТІВ

ЦЮ ФОРМУ ЗАБОРОНЕНО ВИКОРИСТОВУВАТИ ДЛЯ ОТРИМАННЯ препаратів ВІД ДІАБЕТУ, ЕПІЛЕПСІЇ, АСТМИ АБО АЛЕРГІЇ.

Форма про призначення препаратів постачальником медичних послуг | Відділ шкільної охорони здоров'я | 2026–2027 навчальний рік  
Будь ласка, зверніться до шкільної медсестри/шкільного медичного центру. Форми, подані після 1 червня, можуть призвести до затримки у обробці даних для нового навчального року.

### БАТЬКИ/ОПІКУНИ: ПРОЧИТАЙТЕ, ЗАПОВНІТЬ І ПІДПИШІТЬ. СВОЇМ ПІДПИСОМ Я ПІДТВЕРДЖУЮ НАДАННЯ ЗГОДИ ЩОДО ЗАЗНАЧЕНОГО НИЖЧЕ:

- Я погоджуюсь з тим, що відповідно до вказівок лікаря моєї дитини препарати для моєї дитини будуть зберігатися в школі, де вона буде також їх приймати. Я також даю згоду на зберігання та використання в школі будь-якого обладнання, необхідного для приймання препаратів моєю дитиною.
- Я розумію, що:**
  - Мені необхідно надати шкільній медсестрі/працівнику шкільного медичного центру (SBHC) препарати та обладнання моєї дитини.
  - Всі рецептурні та безрецептурні препарати, які я надаю школі, мають бути новими, в оригінальній упаковці без порушення її цілісності.** Я надаю школі призначені станом на зараз, не прострочені препарати для використання моєю дитиною під час шкільних занять.
    - Рецептурні препарати мають містити **оригінальну** аптечну етикетку на коробці або флаконі. Етикетка має містити: 1) ім'я моєї дитини, 2) назва аптеки та номер телефону, 3) ім'я лікаря моєї дитини, 4) дата, 5) кількість повторних призначень, 6) назва препаратів, 7) дозування, 8) час приймання препаратів, 9) спосіб приймання препаратів та 10) будь-які інші вказівки.
  - Я негайно повідомлю шкільну медсестру/працівника SBHC про будь-які зміни в лікарських препаратах дитини або вказівках лікаря.
  - Учням заборонено мати із собою або передавати іншим особам контрольовані речовини.**
  - Відділ шкільної охорони здоров'я (OSH) та його представники, які надають вищезазначені медичні послуги моїй дитині, покладаються на достовірність інформації, зазначеної в цій формі.
  - Підписуючи цю форму запиту на видачу або введення лікувальних препаратів (MAF), я уповноважую Відділ шкільної охорони здоров'я надавати медичні послуги моїй дитині. Такими послугами можуть бути, зокрема, крім іншого, клінічне обстеження або фізичний огляд лікарем OSH чи медсестрою.
  - Термін дії рецепта на препарати, зазначеного в цій формі MAF, закінчується наприкінці навчального року моєї дитини, протягом якого можливі літні заняття, або в момент передання шкільній медсестрі/працівнику SBHC нової форми MAF (залежно від того, що настане раніше). Щойно термін дії цього призначення закінчиться, я надаю шкільній медсестрі/лікарю SBHC нову форму MAF, виписану лікарем моєї дитини.
  - Ця форма становить мою згоду та запит на надання медичних послуг, описаних у цій формі, і може бути надіслана безпосередньо до OSH. Це не є згодою Відділу шкільної охорони здоров'я на надання запитуваних послуг. Якщо OSH вирішить надати ці послуги, моїй дитині також може знадобитися План адаптації (Student Accommodation Plan) відповідно до Розділу 504. Цей план складає школа.
  - З метою надання медичних послуг або лікування дитини я дозволяю OSH звертатися за необхідною інформацією про стан здоров'я дитини до лікарів, медсестер та фармацевтів, які надавали дитині медичні послуги. Відділ шкільної охорони здоров'я має право отримати цю інформацію від будь-якого медичного працівника, медсестри або фармацевта, який надавав медичні послуги моїй дитині.

**ПРИМІТКА:** Бажано надсилати препарати та обладнання для вашої дитини в день шкільної екскурсії та позашкільних заходів.

### ЩОДО САМОСТІЙНОГО ПРИЙМАННЯ ПРЕПАРАТІВ (ТІЛЬКИ ДЛЯ САМОСТІЙНИХ УЧНІВ):

- Цим засвідчую/підтверджую, що дитина пройшла підготовку і може приймати препарати/проводити медичні процедури самостійно. Я дозволяю дитині мати при собі, зберігати і самостійно приймати в школі/під час шкільних екскурсій зазначені в цій формі препарати. Я несу відповідальність за надання дитині препаратів у упаковці або флаконі, як описано вище. Я також несу відповідальність за контроль за прийманням препаратів дитиною, а також за всі наслідки приймання цього препарату в школі. Шкільна медсестра або працівники SBHC підтверджують, що моя дитина здатна мати з собою препарати та приймати їх самостійно. Я також даю згоду на надання запасних препаратів у упаковці або флаконі з розбірливою етикеткою для зберігання у школі.

Прізвище учня: \_\_\_\_\_ Ім'я: \_\_\_\_\_ Ініціал середнього імені: \_\_\_\_\_ Дата народження (д/м/р): \_\_\_\_\_

Школа (ATS DBN/Назва): \_\_\_\_\_ Боро: \_\_\_\_\_ Округ: \_\_\_\_\_

Ім'я та прізвище батька/матері/опікуна (друкованими літерами): \_\_\_\_\_ Електронна адреса батьків/опікуна: \_\_\_\_\_

Підпис батьків/опікуна: \_\_\_\_\_ Дата підписання: \_\_\_\_\_

Адреса батька/матері/опікуна: \_\_\_\_\_

Номери телефонів: Для зв'язку в денний час: \_\_\_\_\_ Домашній: \_\_\_\_\_ Моб. телефон: \_\_\_\_\_

Інша контактна особа для зв'язку в екстрених випадках

Ім'я: \_\_\_\_\_ Спорідненість з учнем: \_\_\_\_\_ 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

Ред. 2/26