



استمارة إعطاء دواء نوبات الصرع

استمارة طلب الدواء من مقدم الخدمة | مكتب الصحة المدرسية | العام الدراسي 2027-2026
يرجى إعادتها إلى ممرضة المدرسة/ المركز الصحي المدرسي. الاستمارات المقدمة بعد يوم 1 يونيو/ حزيران قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد.

الاسم الأخير للتلميذ(ة): _____ الاسم الأول: الأوسط: _____ تاريخ الميلاد: _____
الجنس: ذكر أنثى رقم التعريف المدرسي (OSIS): _____ الصف: _____ الفصل: _____ المنطقة التعليمية لإدارة التعليم: _____
المدرسة (ضمن الاسم والرقم والعنوان والحي): _____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

Diagnosis/Seizure Type: (check all that apply)

- Localization related (focal) epilepsy Primary generalized Secondary generalized Childhood/juvenile absence
 Myoclonic Infantile spasms Non-convulsive seizures Other (please describe below)

Seizure Type	Duration	Frequency	Presentation/Description	Triggers/Warning Signs/Pre-ictal Phase

Post-ictal presentation:

Seizure History: Describe history & most recent episode (date, trigger, pattern, duration, treatment, hospitalization, ED visits, etc.):

H/O Status Epilepticus? No Yes Has student had surgery for epilepsy? No Yes - Date: _____ Well Controlled? No Yes

TREATMENT PROTOCOL DURING SCHOOL:

A. Emergency Medication(s) (list in order of administration) [Nurse must administer] ; CALL 911 immediately after administration

Name of Medication	Concentration/Preparation	Dose	Route	Administer After	Side Effects/Specific Instructions
<input type="checkbox"/> diazepam				<input type="checkbox"/> 3 min <input type="checkbox"/> 5 min <input type="checkbox"/> _____ min	
<input type="checkbox"/> midazolam				<input type="checkbox"/> 3 min <input type="checkbox"/> 5 min <input type="checkbox"/> _____ min	

B. In-School/Routine Medications

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: _____

Name of Medication	Concentration/Formulation	Dose	Route	Frequency or Time	Side Effects/Specific Instructions

C. Does student have a Vagal Nerve Stimulator (VNS)? (any trained adult can administer) No Yes, If YES, describe magnet use:

- Swipe magnet immediately within _____ min; if seizure continues, repeat after _____ min _____ times; Give emergency medication after _____ min and call 911.

Activities:

Adaptive/protective equipment (e.g., helmet) used? No Yes
Gym/physical activity participation restrictions? No Yes - If YES, please complete the Medical Request for Accommodations Form

Other:

- 504 Accommodations requested (e.g., supervision for swimming)? Yes (attach form) No

Home Medication(s) <input type="checkbox"/> None	Dosage, Route, Directions	Side Effects / Specific Instructions

Other special instructions:

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: _____

تمت مراجعتها في 26/2

يجب على الآباء توقيع الصفحة 2

المعلومات غير الكاملة حول مقدم الرعاية الصحية تؤدي إلى تأخير تنفيذ الوصفات الطبية
لا يمكن تعبئة هذه الاستمارة بواسطة طبيب مقيم

استمارة إعطاء دواء نوبات الصرع

استمارة طلب الدواء من المزود | مكتب الصحة المدرسية | العام الدراسي 2026-2027
يرجى إعادتها إلى ممرضة المدرسة/ المركز الصحي المدرسي. الاستمارات المقدمة بعد يوم 1 يونيو/ حزيران قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد.

الآباء/ أولياء الأمور: قوموا بقراءة وتعبئة وتوقيع هذه الاستمارة. بتوقيعي أدناه، أوافق على ما يلي:

- أوافق على أن يتم تخزين الدواء الخاص بطفلي وإعطائه إياه في المدرسة بناءً على توجيهات ممارس الرعاية الصحية لطفلي. أوافق أيضاً على أن يتم تخزين أي معدات مطلوبة لتقديم دواء طفلي واستخدامها في المدرسة.
- أنا أفهم ما يلي:
 - يجب أن أعطي ممرض(ة) المدرسة/ مقدم الخدمة التابع للمركز الصحي المدرسي (SBHC) الدواء والمعدات الخاصة بطفلي.
 - يجب أن تكون جميع الأدوية سواء التي تصرف بوصفة أو بدون وصفة طبية، والتي أعطيها للمدرسة جديدة وغير مفتوحة، وفي القارورة أو العبوة الأصلية. سوف أحصل على دواء آخر ليستخدمه طفلي عندما لا يكون في المدرسة أو في رحلة مدرسية.
 - يجب أن تحمل الأدوية الموصوفة طبياً ملصق الصيدلية الأصلي على القارورة أو العبوة. يجب أن يشتمل الملصق على: (1) اسم طفلي، (2) اسم الصيدلية ورقم هاتفها، (3) اسم ممارس الرعاية الصحية لطفلي، (4) التاريخ، (5) عدد مرات إعادة التعبئة، (6) اسم الدواء، (7) الجرعة، (8) متى يتم تناول الدواء، (9) كيفية تناول الدواء، (10) أية إرشادات أخرى.
 - يجب أن أخبر ممرض(ة) المدرسة/ المركز الصحي المدرسي (SBHC) فوراً عن أي تغيير في دواء طفلي أو تعليمات ممارس الرعاية الصحية.
 - لا يسمح لأي تلميذ(ة) بحمل أو تناول المواد الخاضعة للرقابة بنفسه.
 - يعتمد مكتب الصحة المدرسية (OSH) وكلاءه المشاركين في تقديم الخدمة (الخدمات) الصحية المذكورة أعلاه إلى طفلي على دقة المعلومات المقدمة في هذه الاستمارة.
 - بتوقيعي على استمارة إعطاء الدواء هذه (MAF)، يمكن لمكتب الصحة المدرسية (OSH) تقديم الخدمات الصحية لطفلي. وأنا أدرك أن هذه الخدمات قد تتضمن تقييماً أكاديمياً أو فحصاً بدنياً من طرف ممارس الرعاية الصحية أو الممرضة بمكتب الصحة المدرسية (OSH).
 - ينتهي طلب إعطاء الدواء في استمارة (MAF) هذه في نهاية العام الدراسي لطفلي، والذي قد يشمل الحصى الصيفية، أو عندما أعطي ممرضة المدرسة/ مقدم(ة) الخدمة بالمركز الصحي المدرسي (SBHC) استمارة (MAF) جديدة (أيها أقرب). عندما تنتهي صلاحية طلب تقديم الدواء هذا، سأقدم لممرضة طفلي المدرسية/ المركز الصحي المدرسي (SBHC) استمارة (MAF) لتقديم الدواء جديدة مكتوبة بواسطة ممارس الرعاية الصحية لطفلي.
 - تمثل هذه الاستمارة موافقتي وطلبي للحصول على خدمات الحساسية الموضحة في هذه الاستمارة، ويمكن إرسالها مباشرة إلى مكتب الصحة المدرسية (OSH). وهي لا تمثل اتفاقاً مع مكتب الصحة المدرسية (OSH) لتوفير الخدمات المطلوبة. إذا قرر مكتب الصحة المدرسية (OSH) تقديم هذه الخدمات، قد يحتاج طفلي أيضاً إلى خطة تسهيلات الفقرة 504. ستقوم المدرسة بإتمام هذه الخطة.
 - قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على أية معلومات أخرى يعتقد أنها ضرورية عن الحالة الطبية لطفلي أو أدويته أو علاجه. قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على هذه المعلومات من أي ممارس رعاية صحية أو ممرض(ة) أو صيدلي قَدّم خدمات صحية لطفلي.
 - أفهم أن إدارة أدوية نوبات الصرع الطارئة، بما في ذلك الأدوية التي تؤخذ عن طريق الأنف، لا يمكن إعطاؤها إلا من قبل ممرضة أو مقدم رعاية طبية مرخص آخر وفقاً للوائح ولاية نيويورك.

ملحوظة: يفضل أن ترسل أدوية ومعدات لطفلك في يوم الرحلة المدرسية والأنشطة المدرسية التي تعقد خارج موقع المدرسة.

لأخذ الدواء بشكل ذاتي في الحالات غير الطارئة (للتلاميذ المستقلين فقط):

- أقر/ أوكد أن طفلي قد تلقى تدريباً كاملاً ويمكنه تناول الدواء بنفسه. أوافق على أن يقوم طفلي بحمل وتخزين وتناول الدواء الموصوف على هذه الاستمارة بنفسه في المدرسة وفي الرحلات. أنا مسؤول عن إعطاء طفلي هذا الدواء في قوارير أو عبوات كما هو موضح أعلاه. أنا أيضاً مسؤول عن مراقبة استخدام طفلي للدواء، وعن جميع نتائج استخدام طفلي لهذا الدواء في المدرسة. سنؤكد ممرضة المدرسة/ مقدم الخدمة التابع للمركز الصحي المدرسي (SBHC) قدرة طفلي على حمل الدواء وأخذه بنفسه. كما أوافق على إعطاء دواء "احتياطي" للمدرسة في قارورة أو عبوة معنونة بوضوح.

الاسم الأخير للتلميذ(ة): _____ الاسم الأول: _____ الأوسط: _____ تاريخ الميلاد (اليوم/الشهر/السنة): _____
اسم المدرسة/ رقمها: _____ الحي: _____ المنطقة التعليمية: _____
اسم الوالد(ة) // ولي(ة) الأمر (بخط واضح): _____ عنوان البريد الإلكتروني للوالد(ة) // ولي(ة) الأمر: _____
توقيع الوالد(ة) // ولي(ة) الأمر: _____ تاريخ التوقيع: _____
عنوان الوالد(ة) // ولي(ة) الأمر: _____
أرقام الهاتف: أثناء النهار: _____ المنزل: _____ الهاتف المحمول: _____
الاسم: _____ العلاقة بالتلميذ(ة): _____ رقم الهاتف: _____

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