



癫痫药物施用表 (SEIZURE MEDICATION ADMINISTRATION FORM)

提供者医疗手续执行表 | 学校健康办公室 | 2026-2027 学年

请将其交回给学校护士/学校健康中心。6月1日之后递交的表格可能会对新学年的申请程序造成延误。

学生姓氏: _____ 名字: _____ 中名首字母: _____ 出生日期: _____
性别: 男 女 学生身份号码(OSIS): _____ 年级: _____ 班级: _____ 教育局学区: _____
学校 (包括名称、号码、地址和行政区): _____

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: _____

医疗专业人员的信息不完整, 将导致医药手续执行的延误 2026年2月修订
表格不能由驻院医生填写

家长必须在第2页签名

癫痫药物施用表 (SEIZURE MEDICATION ADMINISTRATION FORM)

提供者医疗手续执行表 | 学校健康办公室 | 2026-2027 学年

请将其交回给学校护士/学校健康中心。6月1日之后递交的表格可能会对新学年的申请程序造成延误。

家长/监护人：通读、填写并签名。我在下面签名，表示我同意如下：

- 我同意，学校保存我子女的医药并根据我子女的健康护理人员的说明给药。我也同意，我子女的医药所需的任何器材都在学校里储存和使用。
- 我理解：
 - 我必须把我子女的医药和器材交给学校护士/学校健康中心 (SBHC)。
 - 我给予学校的所有处方和非处方药物都必须是新的、未曾开封过并装在其原封瓶子或盒子里。我将给予子女另外再获取一份药物，供其在不上学时或在参加学校旅行时使用。
 - 处方药物必须在其盒子或瓶子上有**原装**药房标签。标签必须包括：1) 我子女的姓名，2) 药房名称和电话号码，3) 我子女的健康护理人员姓名，4) 日期，5) 重配次数，6) 药物名称，7) 剂量，8) 何时用药，9) 如何用药 以及 10) 任何其他说明。
 - 如果我子女的医药或者健康护理提供者的说明有任何变化，我必须**立即**告知学校护士/SBHC 提供者。
 - 学生不得携带或自我施用受管制的药物。
 - 涉及到给我子女提供上述健康服务的学校健康办公室 (OSH) 及其代理人员依赖于本表信息的精确度。
 - 我在这一“药物施用表” (MAF) 上签名，则表明我授权学校健康办公室 (OSH) 为我子女提供健康服务。这些服务可以包括由一名 OSH 办公室健康护理人员或护士所执行的临床评估或体检。
 - 这份 MAF 表所嘱咐的药物用法在以下时间失效：我子女的学年结束时（这可能包括暑期班），或者在我交给学校护士/SBHC 服务提供者一份新的 MAF 时（以时间较早者为准）。当这份嘱咐的药物用法表失效时，我将交给子女的学校护士/SBHC 服务提供者一份新的由我子女的健康护理提供者出具的 MAF。
 - 这份表格代表我同意并要求提供本表格内说明的药物服务，并可以直接发送给学校健康办公室 (OSH)。这并非 OSH 提供所要求的服务的协议。如果 OSH 决定提供这些服务，我子女可能还需要一份“504 特别照顾计划” (Section 504 Accommodation Plan)。这份计划将由学校填写。
 - OSH 可以获取该办公室认为有关我子女的健康问题、药物和治疗而需要的任何其他信息。OSH 可以向任何为我子女提供健康服务的健康护理人员、护士或药剂师索取该信息。
 - 我了解紧急情况时的癫痫药物（包括喷鼻药物）只能由护士或其他持有执照的医疗服务提供者根据纽约州法规予以施用。

请注意：最好是您在学校外出活动的日子和在校外进行学校活动时给予子女带上药物和器材。

自己施用非紧急情况药物（仅适用于能自己独立用药的学生）：

- 我证明/确认，我子女已得到充分的训练并能够自行用药。我同意，我的子女在学校里以及在学校外出活动时自己携带、储存并自己施用本表格上所开具的药物。我负责根据上述说明把瓶子或盒子里的药物交给我子女。我也负责监督我子女在学校里的药物使用情况及其对这一药物使用所导致的任何后果。学校护士或 SBHC 服务提供者将确认我子女拥有携带和自行用药的能力。我也同意交给学校“备用”药物（装在清楚地标示的盒子或瓶子里）。

学生 姓氏：_____ 名字：_____ 中间名首字母：___ 出生日期（月/日/年）：_____
学校名称/号码：_____ 行政区：_____ 学区：_____
家长/监护人姓名（用英文清楚书写）：_____ 家长/监护人电子邮箱：_____
家长/监护人签名：_____ 签名日期：_____
家长/监护人地址：_____
电话号码： 日间：_____ 住宅：_____ 手机：_____
其他紧急联络人：
姓名：_____ 与学生的关系：_____ 电话号码：_____

For Office of School Health (OSH) Use Only (仅供工作人员填写)

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