



癲癇藥物施用表 (SEIZURE MEDICATION ADMINISTRATION FORM)

提供者醫療手續執行表 | 學校健康辦公室 | 2026-2027 學年
請將其交回給學校護士/學校健康中心。6月1日之後遞交的表格可能會對新學年的申請程序造成延誤。

學生姓氏: _____ 名字: _____ 中名首字母: _____ 出生日期: _____
性別: 男 女 學生身份號碼(OSIS): _____ 年級: _____ 班級: _____ 教育局學區: _____
學校 (包括名稱、號碼、地址和行政區): _____

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: _____

醫療專業人員的資訊不完整, 將導致醫藥手續執行的延誤 2026年2月修訂
表格不能由駐院醫生填寫

家長必須在第2頁簽名

癲癇藥物施用表 (SEIZURE MEDICATION ADMINISTRATION FORM)

提供者醫療手續執行表 | 學校健康辦公室 | 2026-2027 學年
請將其交回給學校護士/學校健康中心。6月1日之後遞交的表格可能會對新學年的申請程序造成延誤。

家長/監護人：通讀、填寫並簽名。我在下面簽名，表示我同意如下：

- 我同意，學校保存我子女的醫藥並根據我子女的健康護理人員的說明給藥。我也同意，我子女的醫藥所需的任何器材都在學校裏儲存和使用。
- 我理解：
 - 我必須把我子女的醫藥和器材交給學校護士/學校健康中心 (SBHC)。
 - 我給予學校的所有處方和非處方藥物都必須是新的、未曾開封過並裝在其原封瓶子或盒子裏。我將給子女另外再獲取一份藥物，供其在不上學時或在參加學校旅行時使用。
 - 處方藥物必須在其盒子或瓶子上有原裝藥房標籤。標籤必須包括：1) 我子女的姓名，2) 藥房名稱和電話號碼，3) 我子女的健康護理人員姓名，4) 日期，5) 重配次數，6) 藥物名稱，7) 劑量，8) 何時用藥，9) 如何用藥以及 10) 任何其他說明。
 - 如果我子女的藥物或者健康護理提供者的說明有任何變化，我必須立即告知學校護士/SBHC 提供者。
 - 學生不得攜帶或自我施用受管制的藥物。
 - 涉及到給我子女提供上述健康服務的學校健康辦公室 (OSH) 及其代理人員依賴於本表資訊的精確度。
 - 我在這一「藥物施用表」(MAF) 上簽名，則表明我授權學校健康辦公室 (OSH) 為我子女提供健康服務。這些服務可以包括由一名 OSH 辦公室健康護理人員或護士所執行的臨床評估或體檢。
 - 這份 MAF 表所囑咐的藥物用法在以下時間失效：我子女的學年結束時（這可能包括暑期班），或者在我交給學校護士/SBHC 服務提供者一份新的 MAF 時（以時間較早者為準）。當這份囑咐的藥物用法表失效時，我將交給子女的學校護士/SBHC 服務提供者一份新的由我子女的健康護理提供者出具的 MAF。
 - 這份表格代表我同意並要求提供本表格內說明的藥物服務，並可以直接發送給學校健康辦公室 (OSH)。這並非 OSH 提供所要求的服務的協議。如果 OSH 決定提供這些服務，我子女可能還需要一份「504 特別照顧計劃」(Section 504 Accommodation Plan)。這份計劃將由學校填寫。
 - OSH 可以獲取該辦公室認為有關我子女的健康問題、藥物和治療而需要的任何其他資訊。OSH 可以向任何為我子女提供健康服務的健康護理人員、護士或藥劑師索取該資訊。
 - 我瞭解緊急情況時的癲癇藥物（包括噴鼻藥物）只能由護士或其他持有執照的醫療服務提供者根據紐約州法規予以施用。

請注意：最好是您在學校外出活動的日子和在校外進行學校活動時給子女帶上藥物和器材。

自己施用非緊急情況藥物（僅適用於能自己獨立用藥的學生）：

- 我證明/確認，我子女已得到充分的訓練並能夠自行用藥。我同意，我的子女在學校裏以及在學校外活動時自己攜帶、儲存並自己施用本表格上所開具的藥物。我負責根據上述說明把瓶子或盒子裏的藥物交給我子女。我也負責監督我子女在學校裏的藥物使用情況及其對這一藥物使用所導致的任何後果。學校護士或 SBHC 服務提供者將確認我子女擁有攜帶和自行用藥的能力。我也同意交給學校「備用」藥物（裝在清楚地標示的盒子或瓶子裏）。

學生 姓氏：_____ 名字：_____ 中間名首字母：___ 出生日期（月/日/年）：_____
學校名稱/號碼：_____ 行政區：_____ 學區：_____
家長/監護人姓名（用英文清楚書寫）：_____ 家長/監護人電子郵件：_____
家長/監護人簽名：_____ 簽名日期：_____
家長/監護人地址：_____
電話號碼：日間：_____ 住宅：_____ 手機：_____
其他緊急聯絡人：
姓名：_____ 與學生的關係：_____ 電話號碼：_____

For Office of School Health (OSH) Use Only (僅供工作人員填寫)

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