



# FORMULAIRE D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS POUR LES CRISES ÉPILEPTIQUES

Formulaire d'ordonnance médicale du prestataire | Bureau de la santé scolaire | Année scolaire 2026-2027

À retourner au personnel infirmier scolaire/centre de santé scolaire. Les formulaires soumis après le 1<sup>er</sup> juin peuvent retarder leur traitement pour la nouvelle année scolaire.

Nom de l'élève : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ 2<sup>e</sup> prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance (MM/JJ/AAAA) : \_\_\_\_\_  
Sexe :  Masculin  Féminin N° OSIS : \_\_\_\_\_ Grade : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_ District du DOE : \_\_\_\_\_  
École (nom, numéro, adresse et borough) : \_\_\_\_\_

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

LES INFORMATIONS INCOMPLÈTES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ RETARDERONT LA MISE EN PLACE DES ORDONNANCES MÉDICALES  
LES FORMULAIRES NE PEUVENT PAS ÊTRE REMPLIS PAR UN OU UNE INTERNE EN MÉDECINE

Rév 2/26  
LES PARENTS DOIVENT SIGNER LA PAGE 2

# FORMULAIRE D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS POUR LES CRISES ÉPILEPTIQUES

Formulaire d'ordonnance médicale du prestataire | Bureau de la santé scolaire | Année scolaire 2026-2027

À retourner au personnel infirmier scolaire/centre de santé scolaire. Les formulaires soumis après le 1<sup>er</sup> juin peuvent retarder leur traitement pour la nouvelle année scolaire.

## PARENTS/TUTEURS/TUTRICES : LISEZ, COMPLÉTEZ ET SIGNEZ. EN SIGNANT CI-DESSOUS, J'ACCEPTÉ CE QUI SUIT :

- Je consens à ce que les médicaments de mon enfant soient conservés et administrés à l'école selon les instructions de son médecin. Je consens également à ce que tout équipement nécessaire aux médicaments de mon enfant soit conservé et utilisé à l'école.
- Je comprends que :**
  - Je dois donner au personnel infirmier scolaire/prestataire du centre de santé scolaire (School Based Health Center - SBHC) les médicaments de mon enfant et l'équipement nécessaire.
  - Tous les médicaments prescrits et « en vente libre » que je remets à l'école doivent être neufs, non ouverts et dans leur emballage ou flacon d'origine.** Je fournirai à mon enfant un autre médicament à utiliser en dehors de l'école ou lors des sorties scolaires.
    - La boîte ou le flacon des médicaments prescrits doivent porter l'étiquette **d'origine** de la pharmacie. L'étiquette doit indiquer : 1) le nom de mon enfant, 2) le nom et le numéro de téléphone de la pharmacie, 3) le nom du médecin de mon enfant, 4) la date, 5) le nombre de renouvellements, 6) le nom du médicament, 7) la posologie, 8) quand prendre le médicament, 9) le mode d'administration du médicament et 10) toute autre instruction.
  - Je dois **immédiatement** informer le personnel infirmier scolaire/prestataire SBHC de tout changement concernant le médicament de mon enfant ou les instructions de son médecin.
  - Les élèves ne sont pas autorisés à transporter ou à s'administrer des substances contrôlées.**
  - Le Bureau de la santé scolaire (Office of School Health - OSH) et son personnel chargé de fournir à mon enfant les services de santé indiqués ci-dessus se fient à l'exactitude des informations de ce formulaire.
  - En signant ce formulaire d'administration de médicaments (Medication Administration Form - MAF), j'autorise l'OSH à dispenser des services de santé à mon enfant. Ces services peuvent comprendre une évaluation clinique ou un examen médical par un professionnel de santé ou le personnel infirmier de l'OSH.
  - L'ordonnance médicale contenue dans ce MAF expire à la fin de l'année scolaire de mon enfant, ce qui peut inclure la session d'été, ou lorsque je donne un nouveau MAF au personnel infirmier scolaire/au prestataire SBHC (selon ce qui survient en premier). Lorsque l'ordonnance médicale arrivera à expiration, je donnerai au personnel infirmier scolaire de mon enfant/au prestataire SBHC un nouveau MAF rempli par son médecin.
  - Ce formulaire représente mon autorisation et ma demande pour les services médicaux décrits dans ce formulaire, et peut être envoyé directement à l'OSH. Cela ne constitue pas un accord de l'OSH pour fournir les services demandés. Si l'OSH décide de dispenser ces services, mon enfant peut également avoir besoin d'un plan d'aménagements en vertu de la Section 504. Ce plan sera mis en place par l'école.
  - L'OSH peut obtenir toutes les informations qu'il estime nécessaires sur l'état de santé, les médicaments ou le traitement de mon enfant. L'OSH peut obtenir ces informations auprès des professionnels de santé, du personnel infirmier ou des pharmaciens ayant dispensé des services de santé à mon enfant.
  - Je comprends que l'administration des médicaments d'urgence pour les crises épileptiques, y compris les médicaments intranasaux, ne peut être effectuée que par le personnel infirmier ou un autre prestataire médical agréé, conformément à la réglementation de l'État de New York.

**REMARQUE : il est préférable de fournir les médicaments et le matériel de votre enfant le jour des sorties scolaires et des activités scolaires à l'extérieur de l'école.**

## AUTOADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS EN CAS DE SITUATIONS NON URGENTES (UNIQUEMENT POUR LES ÉLÈVES AUTONOMES) :

- Je déclare/j'atteste que mon enfant a reçu une formation complète et qu'il ou elle peut prendre son médicament en toute autonomie. Je consens à ce que mon enfant transporte, conserve et s'administre en toute autonomie le médicament prescrit sur ce formulaire à l'école et lors des sorties. Je suis responsable de donner ce médicament à mon enfant, dans sa boîte ou son flacon, comme décrit ci-dessus. Je suis également responsable de la surveillance de la prise de médicaments par mon enfant et de toutes les conséquences de l'utilisation de ce médicament par mon enfant à l'école. Le personnel infirmier scolaire ou le prestataire SBHC attestera de l'aptitude de mon enfant à transporter le médicament et à se l'administrer. Je consens également à donner à l'école un médicament « de secours » dans une boîte ou un flacon dont l'étiquette est visible.

Nom de famille de l'élève : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Initiale 2<sup>e</sup> prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance (m/j/a) : \_\_\_\_\_

Nom/numéro de l'école : \_\_\_\_\_ Borough : \_\_\_\_\_ District : \_\_\_\_\_

Nom du parent/tuteur/de la tutrice (majuscules) : \_\_\_\_\_ E-mail du parent/tuteur/de la tutrice : \_\_\_\_\_

Signature du parent/tuteur/de la tutrice : \_\_\_\_\_ Date de signature : \_\_\_\_\_

Adresse du parent/tuteur/de la tutrice : \_\_\_\_\_

Numéros de téléphone : En journée : \_\_\_\_\_ Domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

### Autre contact d'urgence

Prénom et nom : \_\_\_\_\_ Lien avec l'élève : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

### 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