



ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ПРОТИВОСУДОРОЖНЫХ СРЕДСТВ

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | 2026-2027 уч. г.

Верните заполненную форму школьной медсестре или в школьный центр здоровья.

Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

Фамилия учащегося: _____ Имя: _____ Ср. имя: _____ Дата рождения: _____
Пол: мужской женский Номер учащегося (OSIS): _____ Уч. уровень: _____ Класс: _____ Школьный округ DOE: _____
Школа (название, номер, адрес и район): _____

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: _____

УКАЗАНИЕ НЕПОЛНОЙ ИНФОРМАЦИИ О ЛЕЧАЩЕМ ВРАЧЕ РЕБЕНКА ВЕДЕТ К ЗАДЕРЖКЕ В ИСПОЛНЕНИИ ПРЕДПИСАНИЯ
ЗАПОЛНЕНИЕ ФОРМЫ ВРАЧОМ-ОРДИНАТОРОМ НЕ ДОПУСКАЕТСЯ.

Редакция 2/26

ТРЕБУЕТСЯ ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ на с. 2

ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ПРОТИВОСУДОРОЖНЫХ СРЕДСТВ

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | 2026-2027 уч. г.

Верните заполненную форму школьной медсестре или в школьный центр здоровья.

Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

РОДИТЕЛИ/ОПЕКУНЫ! ПРОЧИТАЙТЕ, ЗАПОЛНИТЕ И ПОДПИШИТЕ ФОРМУ. Я, НИЖЕПОДПИСАВШИЙСЯ, ВЫРАЖАЮ СОГЛАСИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЕ:

1. Я даю согласие на хранение и выдачу ребенку в школе лекарства в соответствии с предписаниями его лечащего врача. Также даю согласие на хранение и применение в школе средств, необходимых для введения лекарственного препарата.

2. Мне известно следующее:

- Мне требуется обеспечить школьную медсестру/школьный центр здоровья (school based health center, SBHC) лекарственным препаратом и необходимыми средствами для его введения.
- **Все предоставляемые школе рецептурные и безрецептурные лекарственные препараты должны быть новыми, в запечатанной фабричной или аптечной упаковке.** Для применения вне школы и во время школьных поездок обязуюсь предоставить ребенку другое лекарство.
 - Рецептурный препарат должен быть в упаковке с **оригинальной** аптечной этикеткой, на которой должны быть указаны 1) имя и фамилия ребенка, 2) название и телефон аптеки, 3) имя и фамилия врача ребенка, 4) дата, 5) число повторных заказов, 6) название препарата, 7) доза, 8) время приема, 9) способ применения и 10) другие инструкции.
- Я обязуюсь **немедленно** уведомлять школьную медсестру/SBHC обо всех изменениях в лекарственных препаратах ребенка или инструкциях лечащего врача.
- **Учащимся запрещается иметь при себе или самостоятельно принимать контролируемые вещества.**
- Отдел школьного здравоохранения (OSH) и его представители, ответственные за предоставление ребенку вышеуказанной услуги/услуг, руководствуются информацией, представленной в данной форме.
- Своей подписью в Запросе на выдачу лекарств (medication administration form, MAF) я разрешаю OSH оказывать медицинские услуги ребенку. Эти услуги могут включать клиническую оценку и медицинский осмотр, проводимые врачом или медсестрой OSH.
- Врачебное предписание в этом запросе MAF истекает в конце учебного года, который может включать летние занятия, или по представлении мной новой формы MAF школьной медсестре/SBHC (в зависимости от того, что наступит ранее). По истечении этого врачебного предписания я представлю школьной медсестре/SBHC новую форму MAF, заполненную лечащим врачом ребенка.
- Данная форма представляет собой мое согласие и запрос на указанные медицинские услуги; она может быть направлена напрямую в OSH. Она не является согласием OSH на оказание запрашиваемых услуг. В случае согласия OSH на предоставление этих услуг, ребенку также потребуется План адаптации (Section 504 Accommodation Plan), который оформляется школой.
- OSH вправе обращаться за необходимой информацией о состоянии здоровья ребенка, к любым врачам, медсестрам и фармацевтам, оказывавшим помощь ребенку.
- Мне известно, что согласно требованиям штата Нью-Йорк препараты для лечения острых приступов, в том числе интраназальные, могут применяться только медсестрой или другим лицензированным медицинским работником.

ПРИМЕЧАНИЕ. Предпочтительно, чтобы в дни школьных экскурсий и внешкольных мероприятий вы обеспечивали ребенка лекарственным препаратом и средствами его введения.

САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

- Настоящим заявляю/подтверждаю, что ребенок прошел обучение и может принимать лекарство самостоятельно. Я разрешаю ребенку иметь при себе, хранить и самостоятельно принимать в школе/во время школьных экскурсий указанное в данной форме лекарство. Я несу ответственность за предоставление ребенку лекарственных средств в упаковке, как описано выше. Я также несу ответственность за контроль приема лекарства ребенком, а также за все последствия приема этого препарата в школе. Школьная медсестра или SBHC удостоверяет способность ребенка иметь при себе и самостоятельно принимать препарат. Я даю согласие на предоставление запасного лекарства в упаковке с этикеткой back up для хранения в школе.

Сведения об учащемся. Фамилия: _____ Имя: _____ Инициал среднего имени: _____

Дата рождения (месяц/день/год): _____

Название/номер школы: _____ Район: _____ Школьный округ: _____

Сведения о родителе/опекуне. Имя и фамилия (печатными буквами): _____ Имейл родителя/опекуна: _____

Подпись родителя/опекуна: _____ Дата подписи: _____

Адрес родителя/опекуна: _____

Телефоны: дневной: _____ домашний: _____ мобильный: _____

Другое контактное лицо для срочной связи

Имя и фамилия: _____ Родство с учащимся: _____ 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 Office of School Health after consultation with prescribing practitioner: Clarified Modified