



ЗАГАЛЬНА ФОРМА ЗАПИТУ НА ВИДАЧУ АБО ВВЕДЕННЯ ПРЕПАРАТІВ

Форма про призначення препаратів постачальником медичних послуг | Відділ шкільної охорони здоров'я | 2026–2027 навчальний рік
Будь ласка, зверніться до шкільної медсестри/шкільного медичного центру. Форми, подані після 1 червня, можуть призвести до затримки у обробці даних для нового навчального року.

Прізвище учня: _____ Ім'я: _____ Середнє ім'я: _____ Дата народження: _____
Стать Чоловіча Жіноча № OSIS: _____ Клас: _____ Група: _____ Округ Департаменту освіти: _____
Школа (вказіть назву, номер, адресу та 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: _____

НЕДОСТАТНЯ ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЛІКАРЯ ЗАТРИМАЄ НАДАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ПРИЗНАЧЕНЬ
ФОРМИ НЕ МОЖУТЬ БУТИ ЗАПОВНЕНІ ЛІКАРЕМ-ІНТЕРНОМ

ред. 2/26

БАТЬКИ ПОВИННІ ПІДПИСАТИ СТОРІНКУ 2

ФОРМА ЗАПИТУ НА ВИДАЧУ АБО ВВЕДЕННЯ ПРОТИСУДОМНИХ ПРЕПАРАТІВ

Форма про призначення препаратів постачальником медичних послуг | Відділ шкільної охорони здоров'я | 2026–2027 навчальний рік
Будь ласка, зверніться до шкільної медсестри/шкільного медичного центру. Форми, подані після 1 червня, можуть призвести до затримки у обробці даних для нового навчального року.

БАТЬКИ/ОПІКУНИ: ПРОЧИТАЙТЕ, ЗАПОВНІТЬ І ПІДПИШІТЬ. СВОЇМ ПІДПИСОМ Я ПІДТВЕРДЖУЮ НАДАННЯ ЗГОДИ ЩОДО ЗАЗНАЧЕНОГО НИЖЧЕ:

1. Я погоджуюсь з тим, що відповідно до вказівок лікаря моєї дитини препарати для моєї дитини будуть зберігатися в школі, де вона буде також їх приймати. Я також даю згоду на зберігання та використання в школі будь-якого обладнання, необхідного для приймання препаратів моєю дитиною.

2. Я розумію, що:

- Мені необхідно надати шкільному медпрацівнику/працівнику шкільного медичного центру (SBHC) препарати та обладнання для моєї дитини.
- Всі рецептурні та безрецептурні препарати, які я надаю школі, мають бути новими, в оригінальній упаковці без порушення її цілісності.** Я придбаю інший препарат для дитини, який вона зможе приймати, якщо не буде в школі або на екскурсії.
 - Рецептурні препарати мають містити **оригінальну** аптечну етикетку на коробці або флаконі. Етикетка має містити: 1) ім'я моєї дитини, 2) назва аптеки та номер телефону, 3) ім'я лікаря моєї дитини, 4) дата, 5) кількість повторних призначень, 6) назва препаратів, 7) дозування, 8) час приймання препаратів, 9) спосіб приймання препаратів та 10) будь-які інші вказівки.
- Я негайно повідомлю шкільну медсестру/працівника SBHC про будь-які зміни в лікарських препаратах дитини або вказівках лікаря.
- Учня заборонено мати із собою або передавати іншим особам контрольовані речовини.**
- Відділ шкільної охорони здоров'я (OSH) та його представники, які надають вищезазначені медичні послуги моїй дитині, покладаються на достовірність інформації, зазначеної в цій формі.
- Підписуючи цю форму запити на видачу або введення лікувальних препаратів (MAF), я уповноважую Відділ шкільної охорони здоров'я надавати медичні послуги моїй дитині. Ці послуги можуть включати клінічне обстеження або фізичний огляд, що проводиться медичним працівником або медсестрою OSH.
- Термін дії рецепта на препарати, зазначеного в цій формі MAF, закінчується наприкінці навчального року моєї дитини, протягом якого можливі літні заняття, або в момент передання шкільній медсестрі/працівнику SBHC нової форми MAF (залежно від того, що настане раніше). Щойно термін дії цього призначення закінчиться, я надам шкільній медсестрі/лікареві SBHC нову форму MAF, виписану лікарем моєї дитини.
- Ця форма становить мою згоду та запит на надання медичних послуг, описаних у цій формі, і може бути надіслана безпосередньо до OSH. Ця форма не є угодою з OSH на надання запитуваних послуг. Якщо OSH вирішить надати ці послуги, моїй дитині також може знадобитися План адаптації (Student Accommodation Plan) відповідно до Розділу 504. Цей план складає школа.
- Я дозволяю OSH звертатися за необхідною інформацією щодо стану здоров'я дитини, її медикаментозне лікування та медичні процедури. OSH має право отримати цю інформацію від будь-якого лікаря, медсестри або фармацевта, які надавали медичні послуги моїй дитині.
- Я розумію, що протисудомні препарати для надання невідкладної допомоги, зокрема інтраназальні препарати, можуть бути призначені лише медсестрою або іншим лікарем, що має відповідну ліцензію, відповідно до законодавства штату Нью-Йорк.

ПРИМІТКА: Бажано, щоб у дні шкільних екскурсій та позашкільних заходів ви забезпечували дитину препаратами та засобами їх введення.

ЩОДО САМОСТІЙНОГО НЕЕКСТРЕННОГО ПРИЙМАННЯ ПРЕПАРАТІВ (ТІЛЬКИ ДЛЯ САМОСТІЙНИХ УЧНІВ):

- Цим засвідчую/підтверджую, що дитина пройшла підготовку і може приймати препарати/проводити медичні процедури самостійно. Я дозволяю дитині мати при собі, зберігати і самостійно приймати в школі/під час шкільних екскурсій зазначені в цій формі препарати. Я несу відповідальність за надання дитині препаратів у упаковці або флаконі, як описано вище. Я також несу відповідальність за контроль за прийманням препаратів дитиною, а також за всі наслідки приймання цього препарату в школі. Шкільна медсестра або працівники SBHC підтвердять, що моя дитина здатна мати з собою препарати та приймати їх самостійно. Я також даю згоду на надання запасних препаратів в упаковці або флаконі з розбірливою етикеткою для зберігання у школі.

Прізвище учня: _____ Ім'я: _____ Ініціал середнього імені: _____ Дата народження (д/м/р): _____

Назва/номер школи: _____ Боро: _____ Округ: _____

Ім'я та прізвище батька/матері/опікуна (друкованими літерами): _____ Електронна адреса батьків/опікуна: _____

Підпис батьків/опікуна: _____ Дата підписання: _____

Адреса батька/матері/опікуна: _____

Номери телефонів: Для зв'язку в денний час: _____ Домашній: _____ Моб. телефон: _____

Інша контактна особа для зв'язку в екстрених випадках
Ім'я: _____ Спорідненість з учнем: _____ 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