



# FORMULAIRE D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS EN CAS D'ANAPHYLAXIE/D'ALLERGIES

Formulaire d'ordonnance médicale du prestataire | Bureau de la santé scolaire | Année scolaire 2023-2024

À retourner à l'infirmière scolaire/au 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 famille de l'élève : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe :  Masculin  Féminin Numéro OSIS : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_

École (nom, numéro, adresse et borough) : \_\_\_\_\_

District du DOE : \_\_\_\_\_ Grade : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

## PARTIE À COMPLÉTER PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ (HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW)

**History of asthma?**  Yes (If yes, student has an increased risk for a severe reaction; complete the Asthma MAF for this student)  No

**History of anaphylaxis?**  Yes Date: \_\_\_\_\_  No

If yes, system affected  Respiratory  Skin  GI  Cardiovascular  Neurologic

Treatment: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Does this student have the ability to:** Self-Manage (See 'Student Skill Level' below)  Yes  No

Recognize signs of allergic reactions  Yes  No

Recognize and avoid allergens independently  Yes  No

## Select In-School Medications

### SEVERE REACTION

**A. Immediately administer epinephrine ordered below, then call 911.**

0.1 mg  0.15 mg  0.3 mg

Give intramuscularly in the anterolateral thigh for any of the following signs/symptoms (retractable devices preferred) :

- Shortness of breath, wheezing, or coughing
- Fainting or dizziness
- Lip or tongue swelling that bothers breathing
- Pale or bluish skin color
- Tight or hoarse throat
- Vomiting or diarrhea (if severe or combined with other symptoms)
- Weak pulse
- Trouble breathing or swallowing
- Feeling of doom, confusion, altered consciousness or agitation
- Many hives or redness over body

Other: \_\_\_\_\_

If this box is checked, child has an extremely severe allergy to an insect sting or the following food(s): \_\_\_\_\_

**Even if child has MILD signs/symptoms after a sting or eating these foods, give epinephrine and call 911.**

**B.** If no improvement, or if signs/symptoms recur, repeat in \_\_\_\_\_ minutes for maximum of \_\_\_\_\_ times (not to exceed a total of 3 doses)

If this box is checked, give antihistamine after epinephrine administration (order antihistamine below)

### Student Skill Level (select the most appropriate option):

Nurse-Dependent Student: nurse/nurse trained staff 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: \_\_\_\_\_

### MILD REACTION (parent must supply medicine for use in medical room)

**A.** For any of the following sign and symptoms \_\_\_\_\_, give:

• Benadryl \_\_\_\_\_ mg po Q6 hours prn

• Name: \_\_\_\_\_ Preparation/Concentration: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ PO  Q4 hours  Q6 hours  Q12 hours prn

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

### OTHER MEDICATION

• Give Name: \_\_\_\_\_ Preparation/Concentration: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ PO Q \_\_\_\_\_ hours prn

Specify signs, symptoms, or situations: \_\_\_\_\_

If no improvement, indicate instructions: \_\_\_\_\_

Conditions under which medication should not be given: \_\_\_\_\_

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

**Home Medications (include over the counter)  None**

### Health Care Practitioner

Last Name (Print): \_\_\_\_\_ First Name (Print): \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

NYS License # (Required): \_\_\_\_\_ NPI #: \_\_\_\_\_ **Please check one:**  MD  DO  NP  PA Date: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ E-mail address: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_

# FORMULAIRE D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS EN CAS D'ANAPHYLAXIE/D'ALLERGIES

Formulaire d'ordonnance médicale du prestataire | Bureau de la santé scolaire | Année scolaire 2023-2024

À retourner à l'infirmière scolaire/au 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 à l'infirmière scolaire/au prestataire du centre de santé scolaire (School Based Health Center - SBHC) les médicaments de mon enfant et l'équipement nécessaire. Je donnerai à l'école les stylos auto-injecteurs d'adrénaline (épinéphrine) avec aiguilles rétractables.
  - 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 donnerai à l'école les médicaments actuels et non périmés pour l'usage de mon enfant pendant les jours de classe.**
    - 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 déclare/j'atteste avoir consulté le médecin de mon enfant et je consens à ce que le Bureau de la santé scolaire (Office of School Health - OSH) administre le médicament de mon enfant conservé en réserve si l'auto-injecteur d'adrénaline (épinéphrine) ou le médicament prescrit pour contrôler son asthme ne sont pas disponibles.
  - Je dois **immédiatement** informer l'infirmière de l'école/le prestataire SBHC de tout changement concernant le médicament de mon enfant ou les instructions de son médecin.
  - L'OSH et son personnel qui participent à l'administration des services de santé dispensés à mon enfant et 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 prodiguer des soins médicaux à mon enfant. Ces services peuvent comprendre une évaluation clinique et un examen médical par un professionnel de santé ou une infirmière 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 à l'infirmière scolaire/au prestataire SBHC (selon l'évènement survenant en premier). Lorsque l'ordonnance médicale arrivera à expiration, je donnerai à l'infirmière de l'école de mon enfant/au prestataire SBHC un nouveau MAF rempli par le médecin de mon enfant.
  - Ce formulaire représente mon consentement et ma demande pour que les services indiqués ici soient prodigués en cas de réaction allergique. Cela ne constitue pas un accord de l'OSH pour l'administration des services demandés. Si l'OSH décide de dispenser ces services, mon enfant peut également avoir besoin d'un plan d'aménagements de la Section 504. Ce plan sera mis en place par l'école.
  - Afin de dispenser des soins ou un traitement à mon enfant, l'OSH peut obtenir toute autre information qu'il estime être nécessaire concernant l'état de santé, les médicaments ou le traitement de mon enfant. L'OSH peut obtenir ces informations auprès des professionnels de santé, des infirmières ou des pharmaciens ayant dispensé des services de santé à mon enfant.

### AUTOADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS (UNIQUEMENT POUR LES ÉLÈVES AUTONOMES) :

- Je déclare/j'atteste que mon enfant est pleinement formé(e) et qu'il ou elle peut prendre son médicament en toute autonomie. Je consens à ce que mon enfant transporte, conserve et s'administre à l'école en toute autonomie le médicament prescrit sur ce formulaire. Je suis responsable de donner à mon enfant ces médicaments dans leurs boîtes ou flacons, 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. L'infirmière scolaire/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 lisible.
- J'accepte que l'infirmière de l'école ou tout membre du personnel scolaire formé administre de l'adrénaline à mon enfant s'il ou si elle est temporairement incapable de le transporter et de se l'administrer.

**REMARQUE : si vous décidez d'utiliser les médicaments en réserve, vous devez fournir à votre enfant le stylo auto-injecteur d'adrénaline (épinéphrine), un inhalateur contre l'asthme et les autres médicaments approuvés et autoadministrés lors de sorties scolaires et/ou de programmes après l'école pour les avoir à portée de main. Les médicaments en réserve sont uniquement pour l'usage du personnel de l'OSH à l'école.**

Nom de famille de l'élève : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Initiale : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

École (nom/ATS DBN) : \_\_\_\_\_ 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 : \_\_\_\_\_

Téléphone portable du parent/tuteur/de la tutrice : \_\_\_\_\_ Autre téléphone \_\_\_\_\_

Autre personne à contacter en cas d'urgence/lien : \_\_\_\_\_

Téléphone de l'autre personne à contacter en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

### Réservé à l'usage du Bureau de la santé scolaire (OSH) (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