



발작약 투약 양식

의료제공자 투약 지시 양식 | 학교 보건 담당실 | 2023-2024 학년도
학교 간호사/학교 보건 센터에 제출하십시오. 6월 1일 이후 제출된 양식은 새 학년도 처리가 지연될 수 있습니다.

학생 성: _____ 이름: _____ 중간이름: _____ 생년월일: _____

OSIS 번호: _____

성별: 남 여

School (include name, number, address, and borough): _____ DOE District: _____ Grade: _____ Class: _____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

Diagnosis/Seizure Type:

- 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	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.):

Status Epilepticus? No Yes Has student had surgery for epilepsy? No Yes - Date: _____

TREATMENT PROTOCOL DURING SCHOOL:

A. In-School 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

B. 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
				_____ min	
				_____ min	

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: _____ First Name: _____ Signature: _____

(Please Check one: MD DO NP PA)

Address: _____ E-mail address: _____

Tel. No: _____ FAX No: _____ Cell Phone: _____

NYS License No (Required): _____ NPI No: _____ Date: _____

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS
FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT

발작약 투약 양식

의료제공자 투약 지시 양식 | 학교 보건 담당실 | 2023-2024 학년도
학교 간호사/학교 보건 센터에 제출하십시오. 6월 1일 이후 제출된 양식은 새 학년도 처리가 지연될 수 있습니다.
학부모/보호자님께: 읽고, 작성한 후 서명. 아래 서명함으로써, 저는 다음과 같은 내용에 동의합니다:

- 저는 자녀의 의료 서비스 제공자가 지시한 대로 학교에 자녀의 약을 보관하고 사용하는 것에 동의합니다. 저는 또한 학교에 자녀의 약에 필요한 장비를 학교에 보관 및 사용하는 것에 동의합니다.
- 저는 다음 사항을 이해합니다:
 - 저는 학교 간호사/학교 보건 센터(SBHC) 의료인에게 반드시 자녀의 약품과 물품을 제공할 것입니다.
 - 학교에 제공하는 모든 처방 및 "일반 의약품"은 개봉하지 않은 새것으로 원래의 용기 그대로 가져가겠습니다. 제 자녀가 교내가 아닌 견학에서 사용할 수 있는 별도의 약품을 제공할 것입니다.
 - 처방약은 반드시 박스 또는 병에 원래의 약국 라벨이 붙어있어야 합니다. 라벨에는 다음 내용이 포함되어야 합니다: 1) 제 아이의 성명, 2) 약국 이름 및 전화번호, 3) 자녀의 의료 보건 담당자 이름, 4) 날짜, 5) 리필 숫자, 6) 약 이름, 7) 복용량, 8) 복용 시간, 9) 투약 방법 10) 기타 안내.
 - 저는 자녀의 약이나 의료 서비스 제공자의 지시가 변경되면 즉시 학교 간호사/SBHC 의료인에게 반드시 알려야 합니다.
 - 학생은 규제 약물을 절대 소지하거나 사용할 수 없습니다.
 - 저는 학교 보건 담당실(OSH) 및 상기 의료 서비스를 자녀에게 제공하는데 관련된 소속 에이전트가 본 양식에 제공된 정보의 정확함에 의존함을 알고 있습니다.
 - 투약 양식(MAF)에 서명함으로써 OSH가 자녀에게 보건 서비스를 제공할 수 있습니다. 이 서비스에는 OSH 의료 서비스 제공자 또는 간호사의 임상 평가 및 신체 검사가 포함됩니다.
 - 이 MAF의 약품 처방은 서머 세션을 포함한 제 자녀의 학년 말 또는 학교 간호사/SBHC 의료인에게 새로운 MAF를 제공할 때(둘 중 이른 시점) 만료됩니다. 이 약품 지시가 만료되면 저는 자녀의 학교 간호사/SBHC 의료인에게 자녀의 의료 서비스 제공자가 작성한 새로운 MAF를 제출하겠습니다.
 - 이 양식은 양식에 설명된 약품 서비스에 대한 본인의 동의 및 요청을 대변합니다. 이것이 OSH가 요청한 서비스를 제공하겠다는 동의가 아닙니다. OSH가 이들 서비스를 제공하겠다고 결정하면, 제 자녀는 또한 섹션 504 조정 계획이 필요할 수 있습니다. 이 계획은 학교가 작성할 것입니다.
 - OSH는 귀 자녀의 상태나 투약 또는 치료에 관해 필요하다고 생각되는 추가 정보를 입수할 수 있습니다. OSH는 제 자녀에게 의료 서비스를 제공하는 의료 서비스 제공자, 간호사 또는 약사에게서 이 정보를 입수할 수 있습니다.
 - 저는 비강 투여 약물을 포함한 응급 발작 약물의 투여는 뉴욕 주 규정에 따라 간호사 또는 기타 라이선스 취득 의료인에 의해서만 시행될 수 있다는 사실을 알고 있습니다.

약품 자가 투약(비-응급 약품):

- 저는 자녀가 스스로 약을 복용하도록 완전히 훈련되어 있고 복용할 수 있음을 보증/확인합니다. 또한 저는 자녀가 양식에 명시된 처방약을 학교에서 소지, 보관 및 자가 투여하는 것에 동의합니다. 상기 설명된 병 또는 박스에 이 약을 자녀에게 주는 것은 제 책임입니다. 자녀의 해당 약품 사용을 모니터링하고 학교에서 제 자녀의 해당 약품 사용으로 인한 모든 결과는 또한 제 책임입니다. 제 자녀가 학교에서 약품을 소지 및 자가 투여할 능력이 있는지 학교 간호사 또는 SBHC 의료인이 확인할 것입니다. 또한 학교에 명확한 라벨이 부착된 박스 또는 병에 들어 있는 "여분"의 약품을 제공하는 것에 동의합니다.

노트: 학교 견학이나 학교 밖 활동 시 자녀의 약품 및 기구를 보내는 것이 좋습니다.

학생 성: _____ 이름: _____ 중간 이니셜: _____

생년월일: _____

학교 이름/번호: _____ 보로: _____ 학군: _____

학부모/보호자 성명(인쇄체): _____ 학부모/보호자 이메일: _____

학부모/보호자 서명: _____ 서명 날짜: _____

학부모/보호자 주소: _____

전화번호: 주중: _____ 집: _____ 핸드폰: _____

기타 비상 연락처: _____

성명: _____ 학생과의 관계: _____ 전화번호: _____

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 as per OSH contact with prescribing health care practitioner: Clarified Modified

No debe enviarse información confidencial por correo electrónico.