



الرجیز / اینافائلیکسس (ALLERGIES/ANAPHYLAXIS) ادویات دینے کا فارم

فراہم کنندہ کے لیے ادویات کا آرڈر فارم اسکول کا دفتر صحت تعلیمی سال 2022-2023
براہ کرم اسکول نرس کو واپس کریں۔ 1 جون کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔

طالب علم کا آخری نام: پہلا نام: درمیانہ تاریخ پیدائش: _____
جنس: ☐ لڑکا ☐ لڑکی OSIS نمبر: _____ وزن: _____
اسکول (نام، نمبر، پتہ اور برو شامل کریں): _____
DOE ضلع گریڈ: _____ کلاس: _____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

صحتیائی نگہداشت فراہم کنندگان ذیل میں مکمل کریں

Specify Allergies: ☐ Allergy to: _____ ☐ Allergy to: _____ ☐ Allergy to: _____ ☐ Allergy to: _____
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.

☐ 0.15 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.

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

A. Give antihistamine: Name: _____ Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ Route: _____

Frequency: ☐ Q4 hours or ☐ Q6 hours as needed for any of the following signs/symptoms:

- Itchy nose, sneezing, itchy mouth
- A few hives or mildly itchy skin
- Mild stomach nausea or discomfort
- Other: _____

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: _____ Route: _____

Frequency: Q _____ ☐ minutes ☐ hours as needed

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: _____

الرجیز / اینافائلیکسس (ALLERGIES/ANAPHYLAXIS) ادویات دینے کا فارم
 فراہم کنندہ کے لیے ادویات کا آرڈر فارم | اسکول کا دفتر صحت | تعلیمی سال 2022-2023
 براہ کرم اسکول نرس کو واپس کریں۔ 1 جون کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔

والدین / سرپرست مطالعہ کریں، مکمل کریں اور دستخط کریں۔ ذیل میں دستخط کر کے میں اس پر متفق ہوں کہ:

- میں اپنے بچے کی دوا کو اسکول میں محفوظ کیے جانے اور میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات کے مطابق دیے جانے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں، میرے بچے کی دوا کے لیے درکار کسی بھی آلات کے اسکول میں محفوظ اور استعمال کیے جانے کی بھی اجازت دیتا ہوں۔
- میں سمجھتا ہوں کہ:
 - مجھے اسکول نرس کو اپنے بچے کی دوا اور آلات دینا لازمی ہیں۔ میں اسکول کو ایپنیفرین پین بازگردانی (retractable) سوئیوں کے ساتھ دینے کی کوشش کرونگا۔
 - تمام نسخے والی اور "کاؤنٹر پر ملنے والی" دوائیں جو میں اسکول کو دونگا وہ نئی، سیل بند، اور اصل بوتل یا ڈبے میں بند ہونی لازمی ہیں۔ میں اپنے بچے کو اسکول کے دنوں میں استعمال کے لیے جدید، غیر منسوخ شدہ دوائی استعمال کرنے کے لیے فراہم کروں گا۔
 - نسخے والی دوا کے ڈبے یا بوتل پر اصل فارمیسی کا لیبل لگا ہونا لازمی ہے۔ لیبل پر لازماً شامل ہونا چاہیے: (1) میرے بچے کا نام، (2) فارمیسی کا نام اور فون نمبر، (3) میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کا نام، (4) تاریخ، (5) دوبارہ بھرے (refill) کی تعداد، (6) دوا کا نام، (7) خوراک، (8) دوا کب لی جائے، (9) دوا کیسے لی جائے اور (10) کوئی دیگر ہدایات۔
 - میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میں نے اپنے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور سے اس بات کی جانچ کر لی ہے اور یہ کہ میں OSH کو میرے بچے کی دے کی دوا یا ایپنیفرین دستیاب نہ ہونے کی صورت میں میرے بچے کے ذخیرے (اسٹاک) سے دوا دینے کی اجازت دیتا ہوں۔
 - میں اپنے بچے کی دوا یا صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات میں کسی بھی تبدیلی سے اسکول نرس کو فوری طور پر لازمی آگاہ کرونگا۔
 - میرے بچے کو مذکورہ بالا صحت سے متعلقہ خدمت (خدمات) فراہم کرنے میں شامل OSH اور اسکے کارنریے اس فارم پر دی گئی معلومات کی درستگی پر انحصار کر رہے ہیں۔
 - ادویات دینے کے اس فارم (MAF) پر دستخط کر کے، میں اسکول کے دفتر صحت (OSH) کو میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ ان خدمات میں لیکن انہی تک محدود نہیں، میں OSH کے طبی نگہداشت پیشہ ور یا نرس کے ذریعے کلینیکی تشخیص یا ایک جسمانی معائنہ شامل ہو سکتی ہیں۔
 - اس MAF میں دوا کا آرڈر میرے بچے کے تعلیمی سال کے آخر میں منسوخ ہوجاؤ گا، جس میں گرمیوں کا دورانیہ شامل ہو سکتا ہے، یا جب میں اسکول نرس کو ایک نیا MAF فراہم کروں (جو بھی پہلے واقع ہو)۔ جب اس دوا کے آرڈر کی میعاد منسوخ ہوجاؤ، میں اپنے بچے کی اسکول نرس کو میرے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور کے ذریعے تحریر کردہ ایک نیا MAF فراہم کرونگا۔ OSH کو مستقبل میں MAFs کے لیے میرے دستخط کی ضرورت نہیں ہوگی۔
 - اس فارم پر وضاحت کردہ الرجی خدمات کے لیے یہ فارم میری اجازت اور درخواست کی نمائندگی کرتا ہے۔ یہ OSH کی جانب سے درخواست کردہ خدمات فراہم کیے جانے کا معاہدہ نہیں ہے۔ اگر OSH یہ خدمات فراہم کرنے کا فیصلہ کرتا ہے، میرے بچے کو ایک طالب علم سہولت منصوبے کی بھی ضرورت ہو سکتی ہے۔ اس منصوبے کو اسکول مکمل کرے گا۔
 - OSH میرے بچے کو نگہداشت یا علاج کی فراہمی کے مقاصد کے لیے، دیگر کوئی بھی معلومات حاصل کرسکتا ہے جو انکے خیال میں میرے بچے کی طبی صورت حال، دوا یا علاج کے لیے درکار ہے۔ OSH یہ معلومات کسی بھی ایسے طبی نگہداشت کے پیشہ ور، نرس، یا دوا فروش سے حاصل کرسکتا ہے جنہوں نے میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کی ہیں۔

خود ادویات لینے کے لیے (صرف برائے خود مختار طلبا):

- میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میرا بچہ مکمل تربیت یافتہ ہے اور وہ خود دوا لے سکتا ہے۔ میں اپنے بچے کو اس فارم پر دی گئی دوا اسکول میں لائے، محفوظ کرنے اور خود سے لینے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں اپنے بچے کو یہ دوا بوتلوں یا ڈبوں میں دینے کا ذمہ دار ہوں۔
- مذکورہ بالا کے مطابق میں اپنے بچے کی دوا استعمال کرنے کی جانچ کرے، اور اسکول میں میرے بچے کے اس دوا کے استعمال کے تمام نتائج کا بھی ذمہ دار ہوں۔ اسکول نرس میرے بچے کی دوا اپنے ساتھ رکھنے اور خود سے لینے کی اہلیت کی تصدیق کرے گا۔ میں اس پر بھی آمادہ ہوں کہ اسکول کو دوا ایک واضح لیبل لگے ہوئے ڈبے یا بوتل میں "محفوظ ذخیرہ" (بیک اپ) کے لیے دوں گا۔
- اگر میرا بچہ عارضی طور پر دوا اپنے ساتھ رکھنے اور خود سے لینے سے قاصر ہو جائے تو میں اسکول نرس یا تربیت یافتہ اسکول عملے کو میرے بچے کو ایپنیفرین دینے کی اجازت دیتا ہوں۔
- توجہ: اگر آپ ذخیرے میں سے استعمال کرنا چاہتے ہیں، آپکو اسکول کے تفریحی دوروں کے ایام میں اور / یا بعد از اسکول پروگرام کے لیے ایپنیفرین، دمہ دم کش (انہیلر) اور خود سے لینے والی منظور شدہ ادویات کو اپنے بچے کے ساتھ بھیجنا لازمی ہے تاکہ یہ اسے دستیاب رہیں۔ ذخیرہ کردہ ادویات صرف OSH عملے کے ذریعے صرف اسکول میں استعمال کرنے کے لیے ہیں۔

طالب علم کا آخری نام: _____	پہلا نام: _____	درمیانہ مختصر نام: _____
اسکول (ATS DBN / نام): _____		
والدین / سرپرست کا نام (جلی حروف میں): _____		
والدین / سرپرست کے دستخط: _____		
والدین / سرپرست کا پتہ: _____		
والدین / سرپرست کا سیل فون: _____		
دیگر ہنگامی رابطہ نام / رشتہ: _____		
دیگر ہنگامی رابطہ فون: _____		

صرف اسکول کا دفتر صحت (OSH) کے استعمال کے لیے / For Office of School Health (OSH) Use Only

OSIS Number: _____	Received by - Name: _____	Date: _____
<input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> Other _____	Reviewed by - Name: _____	Date: _____
Referred to School 504 Coordinator: _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Services provided by: <input type="checkbox"/> Nurse/NP <input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor (for supervised students only) <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Clarified <input type="checkbox"/> Modified		

Confidential information should not be sent by email

FOR PRINT USE ONLY