

學生照片  
附此

## SEIZURE MEDICATION ADMINISTRATION FORM

提供者藥物要求表 | 學校健康辦公室 | 2024-2025學年

請交還給學校護士/校內健康中心。6月1日之後遞交的表格可能會對新學年的申請程序造成延誤。

學生姓氏: \_\_\_\_\_ 名字: \_\_\_\_\_ 中間名: \_\_\_\_\_ 出生日期: (月/日/年) \_\_\_\_\_  
性別:  男  女 學生身份號碼(OSIS): \_\_\_\_\_ 年級: \_\_\_\_\_ 班級: \_\_\_\_\_  
學校 (包括名稱、號碼、地址和行政區): \_\_\_\_\_ 教育局學區: \_\_\_\_\_

### 健康護理人員填寫以下部分 / 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/ Formulation	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 (Print): \_\_\_\_\_ First Name (Print): \_\_\_\_\_ (Please check one):  MD  DO  NP  PA  
Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ NYS License # (Required): \_\_\_\_\_ NPI #: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ Email address: \_\_\_\_\_  
Telephone: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_

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

更新於3月24日  
家長必須在第2頁簽名 / PARENTS MUST SIGN PAGE 2

# SEIZURE MEDICATION ADMINISTRATION FORM

提供者藥物要求表 | 學校健康辦公室 | 2024-2025學年

請交還給學校護士/校內健康中心。6月1日之後遞交的表格可能會對新學年的申請程序造成延誤。

家長/監護人：通讀、填寫並簽名。我在下面簽名，表示我同意如下：

- 我同意，學校保存我子女的醫藥並根據我子女的保健專業人員的說明給藥。我也同意，我子女的醫藥所需的任何器材都在學校裏儲存和使用。
- 我理解：
  - 我必須把我子女的醫藥和器材交給學校護士/校內健康中心（SBHC）提供者。
  - 我給予學校的所有處方和非處方藥物都必須是新的、未曾開封過並裝在其原封瓶子或盒子裏。我將給子女另外再獲取一份藥物，供其在不上學時或在參加學校旅行時使用。
    - 處方藥物必須在其盒子或瓶子上有原裝藥房標籤。標籤必須包括：1) 我子女的姓名；2) 藥房名稱和電話號碼；3) 我子女的保健專業人員姓名；4) 日期；5) 重配次數；6) 藥物名稱；7) 劑量；8) 何時用藥；9) 如何用藥；10) 任何其他說明。
  - 如果我子女的藥物發生任何變化或者保健專業人員的說明有任何變化，我必須立即告知學校護士/ SBHC提供者。
  - 學生不得攜帶或自我施用受管制的藥物。
  - 涉及到給我子女提供上述健康服務的學校健康辦公室（OSH）及其代理人員依賴於本表資訊的精確度。
  - 我在這一「藥物施用表」（MAF）上簽名，則學校健康辦公室（OSH）可以為我子女提供健康服務。這些服務可以包括由一名OSH辦公室保健專業人員或護士所執行的臨床評估或體檢。
  - 這份MAF表的醫療執行手續的過期時間是我子女的學年結束（這可能包括暑期班）或者當我交給學校護士/ SBHC提供者一份新的MAF（取兩者中較早的那個時間）。當這份醫療手續執行要求過期時，我將交給我子女的學校護士/ SBHC提供者一份新的由我子女的保健專業人員出具的MAF。
  - 這份表格代表我對本表所說明的醫療服務的同意和要求。這並非OSH提供所要求的服務的協議。如果OSH決定提供這些服務，我子女可能還需要一份「第504款特別照顧計劃」（Section 504 Accommodation Plan）。這份計劃將由學校填寫。
  - OSH可以獲取該辦公室認為有關我子女的醫療狀況、藥物和治療而需要的任何其他資訊。OSH可以向任何為我子女提供健康服務的保健專業人員、護士或藥劑師索取該資訊。
  - 我明白，施用緊急的癲癇藥物，包括噴鼻藥物，根據紐約州的規定，只可以由護士或其他有執照的醫療提供者施用。

註：最好是您在學校外出參觀的日子和在校外進行學校活動時給子女帶上藥物和器材。

自己用藥（非急救藥品）：（僅適用於能自己獨立用藥的學生）

- 我證明/確認，我子女已得到完全的訓練並能夠自行用藥。我同意，我子女在學校裏以及在參加學校旅行時自己攜帶、儲存本表所開具的藥物並將自己用藥。我負責根據上述說明把瓶子或盒子裏的藥物交給我子女。我也負責監督我子女在學校裏的藥物使用情況及其對這一藥物使用所導致的任何後果。學校護士或 SBHC提供者將確認我子女擁有攜帶和自行用藥的能力。我也同意交給學校「備用」藥物（裝在清楚地標示的盒子或瓶子裏）。

學生姓氏：\_\_\_\_\_ 名字：\_\_\_\_\_ 中間名：\_\_\_\_ 出生日期：(月/日/年)：\_\_\_\_\_

學校名稱/號碼：\_\_\_\_\_ 行政區：\_\_\_\_\_ 學區：\_\_\_\_\_

家長/監護人姓名（用英文清楚書寫）：\_\_\_\_\_ 家長/監護人電子郵件：\_\_\_\_\_

家長/監護人簽名：\_\_\_\_\_ 簽名日期：\_\_\_\_\_

家長/監護人地址：\_\_\_\_\_

電話號碼： 日間：\_\_\_\_\_ 住宅：\_\_\_\_\_ 手機：\_\_\_\_\_

其他緊急聯絡人

姓名：\_\_\_\_\_ 與學生的關係：\_\_\_\_\_ 電話號碼：\_\_\_\_\_

僅供學校健康辦公室（OSH）工作人員填寫 / For Office of School Health (OSH) Use Only

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

Confidential information should not be sent by email / 機密資料不應由電郵傳送

更新於3月24日