



## SEIZURE MEDICATION ADMINISTRATION FORM

فراہم کنندہ کے لیے ادویات کا آرڈر فارم | اسکول کا دفتر صحت | تعلیمی سال 2024-2025

براہ کرم اسکول نرس / اسکول میں قائم مرکز صحت 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: \_\_\_\_\_ درمیانی نام: \_\_\_\_\_  
جنس:  لڑکا  لڑکی OSIS نمبر: \_\_\_\_\_ گریڈ: \_\_\_\_\_ کلاس: \_\_\_\_\_  
اسکول (نام، نمبر، پتہ اور پتہ شامل کریں): \_\_\_\_\_ تاریخ پیدائش (سال/دن/ماہ): \_\_\_\_\_  
DOE ضلع: \_\_\_\_\_

### HEALTH CARE PRACTITIONER COMPLETES BELOW / ذیل کو صحتاتی پیشہ ور مکمل کریں گے

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

Rev 3/24

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS

← PARENTS MUST SIGN PAGE 2 / والدین کو صفحہ 2 پر دستخط کرنا لازمی ہے

FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT

## SEIZURE MEDICATION ADMINISTRATION FORM

فراہم کنندہ کے لیے ادویات کا آرڈر فارم | اسکول کا دفتر صحت | تعلیمی سال 2024-2025

براہ کرم اسکول نرس / اسکول میں قائم مرکز صحت 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:

1. 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۔

2. میں سمجھتا ہوں کہ:

- مجھے اسکول نرس / اسکول میں قائم مرکز صحت (SBHC) فراہم کنندہ کو اپنے بچے کی دوا اور آلات دینا لازمی ہیں۔
- تمام نسخے والی اور "کاونٹر پر ملنے والی" ادویات، جو میں اسکول کو دونگا وہ نئی، سیل بند، اور اصل بوتل یا ڈبے میں بند ہونی لازمی ہیں۔ میں اپنے بچے کے استعمال کے لیے ایک اور دوا لے لوں گا جب وہ اسکول میں نہ ہو یا اسکول ٹرپ پر ہو۔
  - نسخے والی دوا کے ڈبے یا بوتل پراصل 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 بھرنے (refill) کی تعداد، (6) دوا کا نام، (7) خوراک، (8) دوا کب لی جائے، (9) دوا کیسے لی جائے اور (10) کوئی دیگر ہدایات۔
- میرے لیے اپنے بچے کی دوا یا صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات میں کسی بھی تبدیلی سے اسکول نرس / SBHC فراہم کنندہ کو فوری طور پر آگاہ کرنا لازمی ہے۔
- کسی بھی طالب علم کو ممنوعہ اشیاء رکھنے یا اپنے آپ لینے کی اجازت نہیں ہے۔
- اسکول کا دفتر صحت (OSH) اور اس کے نمائندے جو مندرجہ بالا خدمت (خدمات) میرے بچے کو فراہم کرنے میں شامل ہیں، اس فارم کی معلومات کے صحیح ہونے پر انحصار کر رہے ہیں۔
- اس ادویات دینے کا فارم (MAF) پر دستخط کر کے اسکول کا دفتر صحت (OSH) میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کرسکتا ہے۔ ان خدمات میں OSH کے طبی نگہداشت پیشہ ور یا نرس کے ذریعے کلینکی تشخیص یا ایک جسمانی معائنہ شامل ہو سکتا ہے۔
- اس MAF میں دوا کا آرڈر میرے بچے کے تعلیمی سال کے آخر میں منسوخ ہوجائے گا، جس میں گرمیوں کا دورانیہ شامل ہو سکتا ہے، یا جب میں اسکول نرس / SBHC فراہم کنندہ کو ایک نیا MAF فراہم کروں (جو پہلے واقع ہو)۔ جب اس دوا کے آرڈر کی میعاد پوری ہوجائے، میں اپنے بچے کی اسکول نرس / SBHC فراہم کنندہ کو میرے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور کے ذریعے تحریر کردہ ایک نیا MAF فراہم کروں گا۔ OSH کو مستقبل میں MAFs کے لیے میرے دستخط کی ضرورت نہیں ہوگی۔
- اس فارم پر وضاحت کردہ ادویات دینے کی 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 جز 504 سہولت منصوبے کی بھی ضرورت ہو سکتی ہے۔ اس منصوبے کو اسکول مکمل کرے گا۔
- OSH دیگر کوئی بھی معلومات حاصل کرسکتا ہے جو انکے خیال میں میرے بچے کی طبی صورت حال، دوائی دینا یا علاج کے لیے درکار ہو۔ 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۔
- میں سمجھتا ہوں کہ نیو یارک ریاست کے قوانین کے مطابق، ہنگامی صورت دورہ پڑنے کی دوائیوں کو، بشمول ناک سے دی جانے والی دوائیوں کو صرف ایک نرس یا دیگر لائسنس یافتہ طبی نگہداشت فراہم کنندہ کے ذریعے دیا جاسکتا ہے۔

توجہ: اس بات کو ترجیح دی جاتی ہے کہ آپ اسکول تفریحی دورے کے دن اور اسکول سے باہر سرگرمیوں کے لیے اپنے بچے کے لیے دوا اور آلات بھیجیں۔

### خود ادویات لینے کے لیے (صرف برائے خود مختار طلباء):

- 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 اسکول اور تفریحی دوروں میں خود سے لینے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں مذکورہ بالا کے مطابق اپنے بچے کو یہ دوا بوتلوں یا ڈبوں میں دینے کا ذمہ دار ہوں۔ میں اپنے بچے کے دوا کے استعمال کرنے کی جانچ کرنے، اور اسکول میں میرے بچے کے اس دوا کے استعمال کے تمام نتائج کا بھی ذمہ دار ہوں۔ اسکول نرس / SBHC فراہم کنندہ 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۔

طالب علم کا: آخری نام: \_\_\_\_\_ پہلا نام: \_\_\_\_\_ درمیانہ مختصر نام: \_\_\_\_\_ تاریخ پیدائش (سال/دن/مہینہ): \_\_\_\_\_  
اسکول کا نمبر اور نام: \_\_\_\_\_ برو: \_\_\_\_\_ ضلع: \_\_\_\_\_  
والدین / سرپرست کا نام (جلی حروف میں): \_\_\_\_\_ والدین سرپرست کا ای میل: \_\_\_\_\_  
والدین / سرپرست کے دستخط: \_\_\_\_\_ دستخط کی تاریخ: \_\_\_\_\_  
والدین / سرپرست کا پتہ: \_\_\_\_\_ گھر \_\_\_\_\_ سیل فون: \_\_\_\_\_  
ٹیلیفون نمبر: \_\_\_\_\_ دن کے وقت: \_\_\_\_\_ ہنگامی صورت میں متبادل رابطہ فرد: \_\_\_\_\_  
نام: \_\_\_\_\_ طالب علم کے ساتھ رشتہ: \_\_\_\_\_ فون نمبر: \_\_\_\_\_

### صرف اسکول کا دفتر صحت (OSH) کے استعمال کے لیے / 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