

Joindre ici la photo de l'élève

SEIZURE MEDICATION ADMINISTRATION FORM

Formulaire d'ordonnance médicale du prestataire | Bureau de la santé scolaire | Année scolaire 2024-2025

À retourner à l'infirmière scolaire/au centre de santé scolaire. Les formulaires soumis après le 1^{er} juin peuvent retarder leur traitement pour la nouvelle année scolaire.

Nom de famille de l'élève : _____ Prénom : _____ Initiale (2e prénom) : _____ Date de naissance : (m/j/a) _____
Sexe : Masculin Féminin Numéro OSIS : _____ Grade : _____ Classe : _____
École (nom, numéro, adresse et borough) : _____ District du DOE _____

PARTIE À COMPLÉTER PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ (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

Rev 3/24

LES PARENTS DOIVENT SIGNER LA PAGE 2 / PARENTS MUST SIGN PAGE 2 →

SEIZURE MEDICATION ADMINISTRATION FORM

Formulaire d'ordonnance médicale du prestataire | Bureau de la santé scolaire | Année scolaire 2024-2025

À retourner à l'infirmière scolaire/au centre de santé scolaire. Les formulaires soumis après le 1^{er} 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 ainsi que l'équipement nécessaire.
 - 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 fournirai à mon enfant un autre médicament à utiliser en dehors de l'école ou lors des sorties scolaires.
 - 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 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.
 - Aucun élève n'est autorisé à transporter ou à s'administrer des substances contrôlées.**
 - Le Bureau de la santé scolaire (Office of School Health - 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 pour l'administration de médicaments (MAF), j'autorise l'OSH à dispenser des services de santé à mon enfant. Ces services peuvent comprendre une évaluation clinique ou 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 de l'école/au prestataire SBHC (selon l'événement survenant en premier). Lorsque l'ordonnance médicale arrivera à expiration, je donnerai à l'infirmière de l'école/au prestataire SBHC un nouveau MAF rempli par son médecin.
 - Ce formulaire représente mon consentement et ma demande pour les services d'administration de médicaments indiqués ici. Cela ne constitue pas un accord de l'OSH pour fournir les 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.
 - L'OSH peut obtenir toutes les informations qu'il estime nécessaires sur 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.
 - Je comprends que l'administration des médicaments d'urgence contre les crises d'épilepsie, y compris les médicaments intranasaux, ne peut être effectuée que par une infirmière ou un autre prestataire médical agréé, conformément à la réglementation de l'État de New York.

REMARQUE : il est préférable de fournir les médicaments et le matériel de votre enfant lors de sorties scolaires et d'activités scolaires à l'extérieur de l'école.

AUTOADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS NON URGENTS (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. J'accepte que mon enfant transporte, conserve et s'administre en toute autonomie le médicament prescrit dans ce formulaire à l'école et lors de sorties scolaires. J'ai la responsabilité 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 ou 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 visible.

Nom de famille de l'élève : _____ Prénom : _____ Initiale (2e prénom) : _____ Date de naissance : (m/j/a) _____
Nom/numéro de l'école: _____ 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 : _____
Numéros de téléphone : En journée : _____ Domicile _____ Téléphone portable : _____
Autre contact d'urgence : _____
Nom : _____ Lien avec l'élève : _____ Numéro de téléphone : _____

For Office of School Health (OSH) Use Only (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 / Il est déconseillé d'envoyer des informations confidentielles par e-mail.

Rev 3/24