

School:

MEDICATION ADMINISTRATION AUDIT FORM

Date:

Physician Signature	Parent Signature	School Nurse Signature	Students Name	Medication	RX Label/Orig. Contai	Dose/Route PO = by mouth SQ = subcutaneous IM = intramuscular	Time	No Medication	Self Administration	Designated Employee to give Medication RN/UAP	Has provided training for designated UAP employee	Maintaining Administration Record
Y N	Y N	Y N			Y N					RN UAP	Y N	Y N
Y N	Y N	Y N			Y N					RN UAP	Y N	Y N
Y N	Y N	Y N			Y N					RN UAP	Y N	Y N
Y N	Y N	Y N			Y N					RN UAP	Y N	Y N
Y N	Y N	Y N			Y N					RN UAP	Y N	Y N
Y N	Y N	Y N			Y N					RN UAP	Y N	Y N
Y N	Y N	Y N			Y N					RN UAP	Y N	Y N
Y N	Y N	Y N			Y N					RN UAP	Y N	Y N
Y N	Y N	Y N			Y N					RN UAP	Y N	Y N
Y N	Y N	Y N			Y N					RN UAP	Y N	Y N
Y N	Y N	Y N			Y N					RN UAP	Y N	Y N
Y N	Y N	Y N			Y N					RN UAP	Y N	Y N
Y N	Y N	Y N			Y N					RN UAP	Y N	Y N
Y N	Y N	Y N			Y N					RN UAP	Y N	Y N
Y N	Y N	Y N			Y N					RN UAP	Y N	Y N

Medication is kept in a safe, locked, secure storage (med box/cabinet/drawer) **Y N**

Has a policy for proper identification and safekeeping of medication **Y N**