

# ASTHMA MEDICATION ADMINISTRATION FORM

PROVIDER MEDICATION ORDER FORM | Office of School Health | School Year 2018-2019

DUE: JULY 15<sup>th</sup>. Forms submitted after July 15<sup>th</sup> may delay processing for new school year.

Attach student photo here

**Student** Last Name \_\_\_\_\_ First Name \_\_\_\_\_ Middle Initial \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
M M D D Y Y Y Y  Male  Female

OSIS # \_\_\_\_\_ DOE District \_\_\_\_ Grade/Class \_\_\_\_\_

School Name, Number, Address, and Borough:

## HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

### Diagnosis

- Asthma  
 Other: \_\_\_\_\_

### Control (see NAEPP Guidelines)

- Well Controlled  
 Not Controlled / Poorly Controlled  
 Unknown

### Severity (see NAEPP Guidelines)

- Intermittent  
 Mild Persistent  
 Moderate Persistent  
 Severe Persistent

### Student Asthma Risk Assessment Questionnaire (Y = Yes, N = No, U = Unknown)

- History of near-death asthma requiring mechanical ventilation  Y  N  U  
History of life-threatening asthma (loss of consciousness or hypoxic seizure)  Y  N  U  
History of asthma-related PICU admissions (ever)  Y  N  U  
Received oral steroids within past 12 months  Y  N  U \_\_\_\_\_ times last : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
History of asthma-related ER visits within past 12 months  Y  N  U \_\_\_\_\_ times  
History of asthma-related hospitalizations within past 12 months  Y  N  U \_\_\_\_\_ times  
History of food allergy or eczema, specify: \_\_\_\_\_  Y  N  U

### Student Skill Level (Select the most appropriate option)

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication  
 Supervised Student: student self-administers under adult supervision  
 Independent Student: student is self-carry / self-administer

Practitioner Initials

I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed medication effectively for school / field trips / school sponsored events.

### Home Medications (Include over the counter)

- Reliever \_\_\_\_\_  
 Controller \_\_\_\_\_  
 Other \_\_\_\_\_

### Quick Relief In-School Medication (Select ONE)

- Albuterol MDI**  
[Ventolin® MDI can be provided by school for shared usage (plus individual spacer)]:  
 MDI w/ spacer  
 DPI  
 **Other:** Name: \_\_\_\_\_ Strength: \_\_\_\_\_  
Dose: \_\_\_\_\_ Route: \_\_\_\_\_ Time Interval:  \_\_\_\_ hrs

### In-School Instructions (Check all that apply)

- Standard Order:** Give 2 puffs/1 AMP q 4 hrs. PRN for coughing, wheezing, tight chest, difficulty breathing or shortness of breath ("asthma flare symptoms"). Monitor for 20 mins or until symptom-free. If not symptom-free within 20 mins may repeat **ONCE**.  
**If in Respiratory Distress\*:** Call 911 and give 6 puffs/1 AMP; may repeat q 20 minutes until EMS arrives.  
 **Pre-exercise:** 2 puffs/1 AMP 15-20 mins before exercise.  
 **URI Symptoms or Recent Asthma Flare (Within 5 days):** 2 puffs/1 AMP @ noon for 5 days.  
Special Instructions:

### Controller Medications for In-School Administration

(Recommended for Persistent Asthma, per NAEPP Guidelines)

- Fluticasone MDI**  
[Flovent® 110 mcg MDI can be provided by school for shared usage]:  
 MDI w/ spacer  
 DPI  
 **Other:** Name: \_\_\_\_\_ Strength: \_\_\_\_\_  
Dose: \_\_\_\_\_ Route: \_\_\_\_\_ Time Interval:  \_\_\_\_ hrs

### Standing Daily Dose:

\_\_\_\_ puffs/1AMP ONCE a day at \_\_\_\_ AM

Special Instructions:

Health Care Practitioner (Please Print Name)		Signature	Date ____/____/____
Last	First		
Address		Tel. (____) _____	Fax (____) _____
Email Address		NYS License # (Required)	CDC and AAP strongly recommend annual influenza vaccination for all children diagnosed with asthma.

**دمے کی دوائیاں دینے کا فارم**  
دمہ فراہم کنندہ کے لیے دوائیاں آرڈر کرنے کا فارم | اسکول کا دفتر صحت | تعلیمی سال 2018-2019  
جمع کرانے کی تاریخ: 15 جولائی، 15 جولائی کے بعد جمع کروانے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں  
والدین / سرپرست ذیل میں پر کریں

**ذیل میں دستخط کر کے میں متفق ہوں:**

1. میں اپنے بچے کی دوا اسکول میں محفوظ کیے جانے اور میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت فراہم کنندہ 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 کو اپنے بچے کی دوا اور آلات دینے لازمی ہیں، بشمول نون وینٹولن انہیلرز non-Ventolin inhalers۔
  - تمام نسخے والی اور "کانونٹر پر ملنے والی" دوائیاں جو میں اسکول کو دوں گا وہ نئی، بند، اور اصل بوتل یا ڈبے میں ہونی لازمی ہیں۔ میں اپنے بچے کے استعمال کے لیے ایک اور دوا لے لوں گا جب وہ گھر پر ہو یا اسکول ٹرپ پر ہو۔
  - نسخے والی دوا کے ڈبے یا بوتل پر اصل فارمیسی کا لیبل ہونا لازمی ہے۔ لیبل پر شامل ہونا چاہیے: (1) میرے بچے کا نام، (2) فارمیسی کا نام اور فون نمبر، (3) میرے بچے کے ڈاکٹر کا نام، (4) تاریخ، (5) دوبارہ بھرنے (refill) کی تعداد، (6) دوا کا نام، (7) خوراک، (8) دوا کب لی جائے گی، (9) دوا کس طرح لی جائے گی اور (10) دیگر ہدایات۔
  - مجھے اپنے بچے کی دوا یا ڈاکٹر کی ہدایات میں کسی بھی تبدیلی سے اسکول نرس کو فوراً آگاہ کرنا لازمی ہے۔
  - میرے بچے کو منکوحہ بالا صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کرنے میں معاون OSH اور اسکے کارندے اس فارم پر دی گئی معلومات کی درستگی پر انحصار کرتے ہیں۔
  - اس دوائیاں 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 کلینکل تشخیص یا ایک جسمانی معائنہ شامل ہو سکتا ہے۔
  - اس MAF میں دوا کا آرڈر میرے بچے کے تعلیمی سال کے آخر میں ختم ہوجائے گا، جس میں گرما کا سیشن شامل ہو سکتا ہے، یا جب میں اسکول نرس کو ایک نیا MAF فراہم کروں (جو بھی جلد واقع ہو)
  - جب اس دوا کے آرڈر کی معیاد ختم ہوجائے گی، میں اپنے بچے کی اسکول نرس کو میرے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور کے ذریعے تحریر کردہ ایک نیا MAF فراہم کروں گا۔ اگر ایسا نہ کیا گیا، ایک OSH طبی نگہداشت پیشہ ور میرے بچے کا معائنہ کرسکتا ہے تاوقتیکہ میں اسکول نرس کو اس بیان کے ساتھ ایک خط فراہم کروں کہ میں OSH طبی نگہداشت پیشہ ور کے ذریعے اپنے بچے کا معائنہ نہیں چاہتا۔ OSH طبی نگہداشت پیشہ ور میرے بچے کے دمے کی علامات اور نسخے والی دمہ کی دوا کی تشخیص کرسکتا ہے۔ OSH طبی نگہداشت پیشہ ور یہ فیصلہ کرسکتا ہے کہ آیا دوا کا آرڈر وہی رہے گا یا اسے تبدیل کرنے کی ضرورت ہے۔ OSH طبی نگہداشت پیشہ ور ایک نیا MAF پُر کرے گا تاکہ میرا بچہ OSH کے ذریعے صحت سے متعلقہ خدمات موصول کرنا جاری رکھے۔ OSH کو مستقبل میں دمہ لکھنے کے لیے میرے دستخط درکار نہیں ہونگے۔ اگر OSH طبی نگہداشت پیشہ ور میرے بچے کے لیے ایک نیا MAF مکمل کرتا ہے، OSH طبی نگہداشت پیشہ ور مجھے اور میرے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور کو مطلع کرنے کی کوشش کرے گا۔
  - یہ فارم میری اجازت اور اس فارم میں بیان کردہ دمہ خدمات کی 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 کرے تو میرے بچے کو ایک طلبا کی سہولیات کا منصوبہ بھی درکار ہو سکتا ہے۔ یہ منصوبہ اسکول کے ذریعے مکمل کیا جائے گا۔
  - OSH دیگر کوئی بھی معلومات حاصل کرسکتا ہے جو انکے خیال میں میرے بچے کی طبی صورت حال، دوا یا علاج کے لیے درکار ہو۔ OSH یہ معلومات کسی بھی 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۔
  - اگر اسکول نرس نہ دستیاب ہو، تو مجھے اپنے بچے کو دوا دینے کے لیے اسکول آنے کا کہا جاسکتا ہے۔

**خود سے دوا لینا:**

- میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میرا بچہ مکمل تربیت یافتہ ہے اور وہ خود سے دوا لے سکتا / سکتی ہے۔ میں اپنے بچے کو اس فارم پر دی گئی دوا اسکول میں لانے، محفوظ کرنے اور خود سے لینے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں منکوحہ 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، اور اسکول میں میرے بچے کے اس دوا کے استعمال کے نتائج کا بھی ذمہ دار ہوں۔ اسکول نرس میرے بچے کی دوا ساتھ رکھنے اور خود سے لینے کی اہلیت کا فیصلہ کرے گی۔ میں اسکول کو "بیک اپ" دوا ایک واضح لیبل والے ڈبے یا بوتل میں دینے پر بھی رضامند ہوں۔
- میں اسکول نرس یا تربیت یافتہ اسکول عملے کو میرے بچے کو دوا دینے کی اجازت دیتا ہوں اگر میرا بچہ عارضی طور پر دوا ساتھ رکھنے اور خود سے لینے سے قاصر ہو۔
- میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میں نے اپنے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور کے ساتھ بات کی ہے اور کہ میں OSH کو میرے بچے کی دمے کی دوا دستیاب نہ ہونے کی صورت میں دوا کے ذخیرہ سے میرے بچے کو دوا دینے کی اجازت دیتا ہوں۔

**نوٹ:** اگر آپ اسٹاک دوا کو استعمال کرنے کی اجازت دیتے ہیں، آپ کو اپنے بچے کے لیے دمہ دم کش، ایپنیفرین اور دیگر منظور کردہ

خود دینے والی دوائیاں اپنے بچے کے ساتھ اسکول تفریحی دورے کے دن اور / یا اسکول بعد پروگرام کے لیے بھیجنا لازمی ہے تاکہ وہ اسکے لیے دستیاب ہوں۔ اسٹاک ادویات صرف OSH عملے کے ذریعے صرف اسکول میں استعمال کے لیے ہیں۔

طلب علم کا آخری نام	پہلا نام	درمیانی نام کا پہلا حرف
جلی حروف میں والدین / سرپرست کا نام	پہلا نام	
دستخط کی تاریخ	والدین / سرپرست کا پتہ	
سیل فون	دیگر فون	
ہنگامی صورت میں متبادل رابطہ فرد کا نام		
ہنگامی صورتحال میں رابطے کا فون		

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

OSIS Number:	<input type="checkbox"/> 504	<input type="checkbox"/> IEP	<input type="checkbox"/> Other
Received by: Name	Date	Reviewed by: Name	Date
Services provided by	<input type="checkbox"/> Nurse/NP <input type="checkbox"/> School Based Health Center		
<input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor (For supervised students only) <input type="checkbox"/> OSH Asthma Case Manager (For supervised students only)			
Revisions as per OSH contact with prescribing health care practitioner <input type="checkbox"/> Modified <input type="checkbox"/> Not Modified			
Signature and Title (RN OR MD/DO/NP):		*Respiratory Distress: includes breathlessness at rest, tachypnea, cyanosis, pallor, hunching forward, nasal flaring, accessory respiratory muscle use, abdominal breathing, shallow rapid breathing, mouthing words, wheezing throughout expiration and inspiration or decreased or absent breath sounds, agitation, drowsiness, confusion or exceptionally quiet appearance.	

\*رازداری کی معلومات کو ای میل ذریعے نہیں بھیجا جانا چاہیے