

ASTHMA MEDICATION ADMINISTRATION FORM

PROVIDER MEDICATION ORDER FORM—Office of School Health—School Year _____ - _____

Student Last Name _____ First Name _____ Middle Initial _____	Date of Birth ____ / ____ / ____ <div style="text-align: center; font-size: small;">M M D D Y Y Y Y</div> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female </div>
Attach Student Photo To This Sheet	OSIS # _____ DOE District ____ Grade _____
School Name, Number, Address, and Borough: _____	

The Following Section Completed By Student's HEALTH CARE PRACTITIONERS

Diagnosis

Asthma

Control (see NAEPP Guidelines)

- Well Controlled
 Not 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	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	
History of life-threatening asthma (loss of consciousness or hypoxic seizure)	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	
History of asthma-related PICU admissions (ever)	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	
Received oral steroids within past 12 months	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	_____ times last : ____ / ____ / ____
History of asthma-related ER visits within past 12 months	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	_____ times
History of asthma-related hospitalizations within past 12 months	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	_____ times
History of food allergy or eczema, specify: _____	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	

Quick Relief In-School Medication (Select ONE)

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

In-School Instructions

- 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/1AMP; 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 provide by school for shared usage:* **[Parent must sign back]**]
 MDI w/ spacer
 DPI
- Other:** Name: _____ Strength: _____
 Dose: _____ Route: _____ Time Interval: _____ hrs

Standing Daily Dose:

_____ puffs/1AMP ONCE a day at ____ AM or ____ PM

Special Instructions: _____

Select the most appropriate option for this student:

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication
 Supervised Student: student self-administers under adult supervision
 Independent Student: student is self-carry / self-administer (**Parent Initials Back)

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 _____

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

ASTHMA MEDICATION ADMINISTRATION FORM
Asthma Provider Medication Order—Office of School Health—School Year 2017-2018

The Following Section To Be Completed By Student's Parent/Guardian

أقر بموجبه بموافقتي على تخزين الدواء وإعطائه، بالإضافة إلى تخزين الأدوات الضرورية لإعطاء الدواء واستخدامهما بالتوافق مع إرشادات طبيب طفلي. أنا أدرك أنه يتعين علي تزويد المدرسة بالدواء والأدوات اللازمة لإعطائه، بما في ذلك أجهزة الاستنشاق التي لا تستخدم دواء (Ventolin). يجب إحضار الدواء في عبوات أصلية عليها ملصق من الصيدلية (ويتعين علي الحصول على عبوات أخرى مماثلة لاستخدام طفلي خارج المدرسة)؛ ويجب أن يتضمن الملصق على الدواء الموصوف اسم التلميذ(ة)، اسم ورقم هاتف الصيدلية، اسم الطبيب المرخص الذي وصف الدواء، تاريخ وعدد مرات إعادة التعبئة، اسم الدواء، الجرعات، عدد مرات تناول، طريقة تناول و/ أو إرشادات أخرى؛ يجب أن تكون الأدوية المبيعة من دون وصفة طبية ونماذج الأدوية معبأة في عبوات أصلية للمنتج، مع اسم التلميذ مثبت على العبوة. إنني أدرك أنني إذا أحضرت جهاز الاستنشاق للربو، فيجب أن يكون في العبوة الأصلية غير المفتوحة. وأدرك أيضاً أنه يتعين علي فوراً إخطار ممرض المدرسة بآلية تغييرات في الوصفة أو الإرشادات المذكورة أعلاه.

أدرك أنه لا يسمح لأي تلميذ(ة) أن يقوم بإحضار أدوية يتوجب ضبط استخدامها، أو أن تتناولها بنفسه. وأدرك بأن استمارة تقديم الدواء (MAF) هذه صالحة فقط لحين انتهاء دورة برنامج التعليم الصيفي برعاية إدارة التعليم بمدينة نيويورك؛ أو عندما أسلم ممرض المدرسة تعليمات جديدة صادرة عن طبيب طفلي (أيهما سبق). إنني أطلب من خلال تقديم هذه الاستمارة (MAF)، أن يتم تزويد طفلي بخدمات صحية محددة من قبل إدارة التعليم (DOE) وإدارة الصحة العامة والصحة العقلية لمدينة نيويورك ("DOHMH") عن طريق مكتب الصحة المدرسية ("OSH"). وأنا أدرك أن هذه الخدمات قد تتضمن تقييماً أكلينيكيًا وحصصاً بدنياً من طرف مقدم الرعاية الصحية بمكتب الصحة المدرسية (OSH). لقد تم تضمين إرشادات تامة وكاملة حول تقديم الخدمات الصحية المطلوبة أعلاه في استمارة إعطاء الدواء (MAF) هذه. أدرك أن مكتب الصحة المدرسية (OSH) وكلائه، وموظفيه المشاركين في تقديم الخدمات الصحية المطلوبة أعلاه يعتمدون على دقة المعلومات المقدمة في هذه الاستمارة. إنني أدرك أنه قبل 30 يوماً من تاريخ انتهاء صلاحية استمارة إعطاء الدواء (MAF) المذكور أعلاه، سوف يقوم مقدم الرعاية الصحية بمكتب الصحة المدرسية بفحص طفلي لتقييم أعراض الربو لديه وكذا استجابته للأدوية الموصوفة، وقد يقوم بكتابة وصفة طبية جديدة. إذا قرر مقدم الرعاية الصحية بمكتب الصحة المدرسية (OSH) أنه ليست هناك حاجة لإدخال أي تغييرات على الأدوية المطلوبة في استمارة إعطاء الدواء (MAF)، فإنه قد يصدر وصفة طبية جديدة بها نفس الأدوية بتاريخ صلاحية ينتهي بعد سنة واحدة ما لم يقم طبيب طفلي بتقديم وصفة طبية جديدة. إذا قرر مقدم الرعاية الصحية بمكتب الصحة المدرسية (OSH)، استناداً إلى فحص طفلي وتاريخه الطبي، أنه ينبغي تغيير الأدوية المطلوبة على الوصفة الطبية، يستطيع مقدم الرعاية الصحية بمكتب الصحة المدرسية (OSH) إصدار استمارة جديدة لإعطاء الدواء تشمل على أوامر مختلفة. سوف يتم إبلاغي أنا وطبيب طفلي، بإصدار استمارة جديدة لإعطاء الدواء، وأي تغيير في الأدوية المطلوبة في الوصفة الطبية. كما أفهم كذلك أنه سيكون لدي وقت يصل إلى 30 يوماً قبل تاريخ انتهاء صلاحية استمارة إعطاء الدواء هذه لكي أرسل استمارة جديدة لإعطاء الدواء، أو لرفض إجراء طفلي لهذا الفحص كتابياً، إلى ممرض(ة) المدرسة. إذا لم أرسل إلى ممرض(ة) المدرسة استمارة جديدة لإعطاء الدواء (MAF)، أو لم أقم بإبلاغ الممرض(ة) كتابة أنني أرفض أن يقوم مقدم الرعاية الصحية بمكتب الصحة المدرسية بإجراء فحص طبي لطفلي، بحلول هذا الموعد النهائي، فإن قد يتم إجراء فحص طبي لطفلي وقد يتم إصدار استمارة جديدة لإعطاء الدواء (MAF). إنني أدرك أن هذه الاستمارة ليست موافقة من مكتب الصحة المدرسية (OSH) وإدارة التعليم (DOE) على تقديم الخدمات المطلوبة، ولكنها في الواقع، طلب موافقة/ تصريح مني للحصول على هذه الخدمات. إذا تم اتخاذ القرار بأن هذه الخدمات ضرورية، فقد تكون خطة تسهيلات التلميذ(ة) (Student Accommodation Plan) أيضاً ضرورية وسيتم إعدادها من قبل المدرسة. إنني هنا أصرح لمكتب الصحة المدرسية (OSH) وإدارة التعليم (DOE) وموظفيهما وكلائهما، بالاتصال والتشاور مع أي مقدم للرعاية الصحية و/ أو الصيدلي الذي قام بإعطاء الدواء أو الخدمات الصحية لطفلي، وطلب أية معلومات إضافية قد تكون مناسبة لما يتعلق بحالة طفلي الصحية، الدواء و/ أو المعالجة.

****تناول الدواء بشكل ذاتي:**

ضعوا الحروف الأولى من الاسم على هذه الفقرة لاستخدام عقار (epinephrine)، وأجهزة الاستنشاق للربو والأدوية الأخرى المسموح بتناولها ذاتياً

أقر بموجبه بأن طفلي قد حصل على كافة الإرشادات وهو قادر على تناول الدواء الموصوف بنفسه. وأصرح بالإضافة لذلك لطفلي بحمل وتخزين الدواء المذكور أعلاه وتناوله بنفسه في المدرسة. أقر بأنني أتحمّل مسؤولية تزويد طفلي بذلك الدواء في العبوات بالأساق كما هو موضح أعلاه، وأني أتحمّل مسؤولية أي مراقبة وكافة أشكال المراقبة حول استخدام طفلي لهذا الدواء، كما أنني أتحمّل مسؤولية أية تبعات وكافة تبعات استخدام طفلي لهذا الدواء في المدرسة. إنني أدرك أن ممرض المدرسة سوف يؤكد مقدرة طفلي على حمل الدواء وتناوله بنفسه بشكل مسؤل في المدرسة. بالإضافة لذلك، فإنني أوافق على إحضار "دواء إضافي" في عبوة عليها لصاقة تعريف واضحة لحفظها في الغرفة الطبية في حال لم يكن مع طفلي كمية كافية من الدواء لتناوله.	التوقيع بالأحرف الأولى
كما أخوّل ممرض(ة) المدرسة بتخزين و/ أو إعطاء الدواء لطفلي في حال كان طفلي غير قادر على تخزين الدواء وتناوله بنفسه لفترة مؤقتة.	التوقيع بالأحرف الأولى
أقر بموجبه بأنني تشاورت مع مقدم الرعاية الطبية لطفلي وأني أصرح لمكتب الصحة المدرسية بإعطاء الدواء المخزون في حالة عدم توفر دواء الربو الموصوف لطفلي.	التوقيع بالأحرف الأولى

وقع هنا

يجب عليك ارسال جهاز الاستنشاق المزود بعدد لشخصي لطفلك (MDI) معه في أيام الرحلات المدرسية حتى يكون في متناول يده. إن دواء الربو المخزن هو فقط للاستخدام في حال تواجد طفلكم داخل مبنى المدرسة.

الاسم الأخير للتلميذ(ة)	الاسم الأول	الأوسط	تاريخ الميلاد	المدرسة
اسم الوالدة(ة)/ ولي(ة) الأمر بخط واضح				
توقيع الوالدة(ة)/ ولي(ة) الأمر				
تاريخ التوقيع		عنوان الوالدة(ة)/ ولي(ة) الأمر		
الهاتف المحمول	هاتف آخر	البريد الإلكتروني		
اسم شخص بديل للاتصال به في حالة الطوارئ		رقم الهاتف في حالات الطوارئ		

For OFFICE OF SCHOOL HEALTH (OSH) Only

Received by: Name	Date	Reviewed by: Name	Date
Self-Administers/Self-Carries:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Services Provided By	<input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> School-Based Health Center
Supervised Student*	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor* <input type="checkbox"/> OSH Asthma Case Manager*
Signature and Title (RN OR MD/DO/NP:)			<input type="checkbox"/> IEP
Revisions per OSH after consultation with prescribing health care practitioner:			
*Respiratory Distress: includes breathlessness at rest, tachypnea, cyanosis, pallor, hunching forward, nasal flaring, accessory respiratory muscle use, abdominal breathing, shallow rapid breathing, moulting words, wheezing throughout expiration and inspiration or decreased or absent breath sounds, agitation, drowsiness, confusion or exceptionally quiet appearance.			

FAX COMPLETED FORMS TO 347-396-8945