

ASTHMA

MEDICATION ADMINISTRATION FORM - OFFICE OF SCHOOL HEALTH

Authorization for Administration of Medication to Students for School Year 2016-2017

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS

Student Last Name	First Name	MI	Date of birth ____/____/____	School
-------------------	------------	----	------------------------------	--------

موافقة الوالدة(ة)/ ولي (ة) الأمر:

أقر بموجبه بموافقتي على تخزين الدواء وإعطائه، بالإضافة إلى تخزين الأدوات الضرورية لإعطاء الدواء واستخدامها بالتوافق مع إرشادات طبيب طفلي. إنني أدرك أنه يتعين علي تزويد المدرسة بالدواء والأدوات اللازمة لإعطائه، بما فيه أجهزة الاستنشاق غير المخزنة. يجب احضار الدواء في العبوات الأصلية وعليها الملصق الصحيح من الصيدلية (ويتعين علي الحصول على العبوات المماثلة الأخرى 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، أو الإرشادات الأخرى؛ يجب أن تكون الأدوية المباعه من دون وصفة طبية ونماذج الأدوية معبأة في العبوات الأصلية 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 بأية تغييرات في الوصفة أو الإرشادات المذكورة أعلاه.

أدرك أنه لا يسمح لأي تلميذ(ة) احضار أدوية يتوجب ضبط استخدامها، أو تناولها بنفسه.

وأدرك بأن استمارة إعطاء الدواء (MAF) هذه صالحة فقط لحين انتهاء دورة برنامج الدراسة الصفية برعاية إدارة التعليم بمدينة نيويورك؛ أو عندما أسلم لممرض المدرسة تعليمات جديدة صادرة عن طبيب طفلي (أيهما أسبق). إنني أطلب من خلال تقديم هذه الاستمارة (MAF)، أن يتم تزويد طفلي بالخدمات الصحية المحددة 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 إكلينيكياً وفحصاً 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) ووكلائه، وموظفيه المشاركين في تقديم الخدمات الصحية المطلوبة أعلاه يعتمدون على دقة المعلومات المقدمة في هذه الاستمارة.

إنني أدرك أنه بعد تاريخ انتهاء صلاحية استمارة إعطاء الدواء (MAF)، 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 تنتهي صلاحيتها بعد سنة واحدة ما لم يقم طبيب طفلي بوصف استمارة جديدة لإعطاء الدواء. 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) كتابياً 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 وموافقة وتصريح 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 ووكلائهما، 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 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 أحتمل مسؤولية تزويد طفلي بذلك الدواء في العبوات باللصاقات كما هو موضح أعلاه، وأنني أحتمل مسؤولية أي مراقبة وكافة أشكال المراقبة حول استخدام طفلي لهذا الدواء، كما أنني أحتمل 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 مسئول في المدرسة. بالإضافة لذلك، فإنني أوافق على احضار "دواء إضافي" في عبوة عليها لصاقة تعريف واضحة لحفظها في الغرفة الطبية في حال لم يكن مع طفلي كمية كافية من الدواء لتناوله.

كما أخول ممرض(ة) المدرسة بتخزين و/أو إعطاء الدواء لطفلي في حال كان طفلي غير قادر على تخزين الدواء وتناوله بنفسه لفترة مؤقتة.

أقر بأنني تشاورت مع مقدم الرعاية الطبية لطفلي وأني أصرح لمكتب الصحة المدرسية بإعطاء دواء الربو المخزن في حالة عدم توفر دواء الربو الموصوف الخاص بطفلي.

حب عليك إرسال جهاز الاستنشاق المزود بعدد الجرعات (MDI) الخاص بطفلك معك في أيام الرحلات المدرسية حتى يكون في متناولته. إن دواء الربو المخزن موقفت للاستخدام في حال تواجد طفلكم داخل مبنى المدرسة.

اسم الوالدة(ة)/ ولي (ة) الأمر واضح	توقيع الوالدة(ة)/ ولي (ة) الأمر
عنوان الوالدة(ة)/ ولي (ة) الأمر	تاريخ التوقيع ____/____/____
الهاتف المحمول* (____) - _____	أرقام الهاتف: أثناء النهار _____ - _____ البيت (____) _____
البريد الإلكتروني للوالدة(ة)/ ولي (ة) الأمر*	
رقم الهاتف للاتصال _____ - _____ (____)	اسم شخص بديل للاتصال به في حالة الطوارئ
DO NOT WRITE BELOW - FOR OFFICE OF SCHOOL HEALTH (OSH) USE ONLY - فقط - لا تكتبوا أسفله - هذا الجزء لاستخدام مكتب الصحة المدرسية (OSH)	
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"/> OSH Public Health Advisor <input type="checkbox"/> School Based Health Center
Signature and Title (RN OR MD/DO/NP):	

ASTHMA

MEDICATION ADMINISTRATION FORM - OFFICE OF SCHOOL HEALTH

Authorization for Administration of Medication to Students for School Year 2016–2017

ATTACH STUDENT PHOTO HERE	Student Last Name	First Name	Middle	Date of birth ____/____/____ M M D D Y Y Y Y	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
	School (include name, number, address and borough)			DOE District	Grade

THE FOLLOWING SECTIONS ARE TO BE COMPLETED BY STUDENT'S HEALTH CARE PRACTITIONER

Diagnosis	Select Asthma Severity and Control				
<input type="checkbox"/> Asthma	Severity:	<input type="checkbox"/> Intermittent	<input type="checkbox"/> Mild Persistent	<input type="checkbox"/> Moderate Persistent	<input type="checkbox"/> Severe Persistent
Other:	Control:	<input type="checkbox"/> Well-controlled		<input type="checkbox"/> Poorly Controlled (includes Not Controlled category)	

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 asthma-related:
History of life-threatening asthma (e.g., with loss of consciousness or with hypoxic seizure)	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	PICU admissions (ever) <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U
Received oral steroids within past 12 months: ____ times	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	ER visits within past 12 months: ____ times <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U
Date last oral steroids received: ____/____/____				Hospitalizations within past 12 months: ____ times <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U
History of food allergy, eczema, specify _____	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	

Select In School ASTHMA Medications	In School Instructions
1. Quick Relief Medications Choose ONLY one: <input type="checkbox"/> Albuterol [Ventolin® can be provided by school for shared usage (plus individual spacer): see back]. <input type="checkbox"/> MDI with spacer <input type="checkbox"/> DPI <input type="checkbox"/> Other Medication Order: Name: _____ Dose: _____ Route: _____ Time interval: q ____ hrs Instructions:	<input type="checkbox"/> Standard Order: Give 2 inhalations q 4 hours PRN for coughing, wheezing, tightness in chest, difficulty breathing or shortness of breath ("Asthma Flare Symptoms"). Monitor for 20 minutes or until symptom-free. If not symptom-free after 20 minutes may repeat ONCE <p style="text-align: center;">OR</p> <input type="checkbox"/> If in Respiratory distress*: call 911 and give 6 inhalations ; then may repeat 6 inhalations q 20 minutes until EMS arrives. <input type="checkbox"/> Pre-exercise: give 2 inhalations 15 -20 minutes before exercise. <input type="checkbox"/> URI symptoms or recent asthma flare (within 5 days): give 2 inhalations @ noon for 5 days.

2. Controller Medications for In-School Administration <i>(Recommended for Persistent Asthma, per NAEPP Guidelines)</i> SPECIFY Name(s) of medication <input type="checkbox"/> Inhaled corticosteroid (ICS): _____ Strength _____ <input type="checkbox"/> MDI with spacer <input type="checkbox"/> DPI <input type="checkbox"/> Other: _____ Strength _____ Dose: _____ Route: _____ Time interval: q _____	<input type="checkbox"/> Standing daily dose: ____ inhalations <u>once a day</u> at ____ AM OR ____ PM OR ____ inhalations <u>twice a day</u> at ____ AM and ____ 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:**

* I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events. _____
practitioner's initials

**** PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE**

HOME Medications (include over-the counter)	For Office of School Health (OSH) Only
	Revisions per OSH after consultation with prescribing practitioner. <input type="checkbox"/> IEP
	*Respiratory Distress: includes breathlessness at rest, tachypnea, cyanosis, pallor, hunching forward, nasal flaring, accessory respiratory muscle use, abdominal breathing, shallow rapid breathing, talking in words, wheezing throughout expiration and inspiration or decreased or absent breath sounds, agitation, drowsiness, confusion or exceptionally quiet appearance.

Health Care Practitioner (Please Print)	LAST NAME	FIRST NAME	Signature	Date ____/____/____
Address	Tel. (____)____-____		Fax. (____)____-____	CDC and AAP strongly recommend annual influenza vaccination for all children diagnosed with asthma.
NYS License # (Required) _____	Medicaid# _____		NPI # _____	

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS