

# 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		Fax (____) _____	NPI # _____
Tel. (____) _____			
Email Address		NYS License # (Required)	CDC and AAP strongly recommend annual influenza vaccination for all children diagnosed with asthma.

## استمارة إعطاء دواء الربو

استمارة طلب تقديم دواء الربو | مكتب الصحة المدرسية | العام الدراسي 2018-2019  
 موعد الاستحقاق: 15 يوليو/ تموز. الاستمارات المقدمة بعد يوم 15 يوليو/ تموز قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد  
 يقوم الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر بتعبئة الجزء أدناه

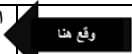
بتوقيعك أدناه، فأنت توافق على ما يلي:

- أوافق على أن يتم تخزين الدواء الخاص بطفلي وإعطائه في المدرسة بناءً على توجيهات ممارس الرعاية الصحية لطفلي. أوافق أيضاً على أن يتم تخزين أية معدات مطلوبة لتقديم دواء طفلي واستخدامها في المدرسة.
- وأنا أدرك أنه:
  - يجب أن أعطي ممرضة المدرسة الدواء والمعدات الخاصة بطفلي، بما في ذلك أجهزة الاستنشاق بغير الفينولين.
  - يجب أن تكون جميع الأدوية "التي تصرف بدون وصفة طبية" والتي أعطيها للمدرسة جديدة وغير مفتوحة، وفي القارورة أو العبوة الأصلية. سوف أحصل على دواء آخر ليستخدمه طفلي عندما لا يكون في المدرسة أو في رحلة مدرسية.
    - يجب أن تحمل الأدوية الموصوفة طبياً مصلق الصيدلية الأصلي على القارورة أو العبوة. يجب أن يشتمل المصلق على: (1) اسم طفلي، (2) اسم الصيدلية ورقم هاتفها، (3) اسم الطبيب، (4) التاريخ، (5) عدد مرات إعادة التعبئة، (6) اسم الدواء، (7) الجرعة، (8) متى يتم تناول الدواء، (9) كيفية تناول الدواء، (10) أية إرشادات أخرى.
  - يجب أن أخبر ممرضة المدرسة فوراً عن أي تغيير في دواء طفلي أو تعليمات الطبيب.
  - يعتمد مكتب الصحة المدرسية (OSH) وكلاءه المشاركين في تقديم الخدمة (الخدمات) الصحية المذكورة أعلاه إلى طفلي على دقة المعلومات المقدمة في هذه الاستمارة.
  - بتوقيعي على استمارة إعطاء الدواء هذه (MAF)، قد يقدم مكتب الصحة المدرسية (OSH) الخدمات الصحية لطفلي. وأنا أدرك أن هذه الخدمات قد تتضمن تقييماً اكلينيكيًا أو فحصاً بدنياً من طرف ممارس الرعاية الصحية أو الممرضة بمكتب الصحة المدرسية (OSH).
  - ينتهي طلب إعطاء الدواء في استمارة (MAF) هذه في نهاية العام الدراسي لطفلي، والذي قد يشمل الحصى الصيفية، أو عندما أعطي ممرضة المدرسة استمارة (MAF) جديدة (أيها أقرب).
  - عندما تنتهي صلاحية أمر الدواء هذا، سأقدم لممرضة طفلي المدرسة استمارة (MAF) جديدة مكتوبة بواسطة ممارس الرعاية الصحية لطفلي. إذا لم يتم ذلك، فيمكن لممارس الرعاية الصحية التابع لمكتب الصحة المدرسية (OSH) أن يقوم بفحص طفلي ما لم أقدم رسالة إلى ممرضة مدرستي تفيد بأنني لا أريد فحص طفلي من قبل ممارس الرعاية الصحية التابع لمكتب الصحة المدرسية (OSH). يمكن لممارس الرعاية الصحية بمكتب الصحة المدرسية (OSH) تقييم أعراض الربو لدى طفلي والاستجابة بدواء موصوف للربو. قد يقرر ممارس الرعاية الصحية بمكتب الصحة المدرسية (OSH) ما إذا كانت أوامر الدواء ستبقى كما هي أو يجب تغييرها. سوف يقوم ممارس الرعاية الصحية التابع لمكتب الصحة المدرسية (OSH) بتعبئة استمارة (MAF) جديدة لكي يمكن لطفلي أن يستمر في تلقي الخدمات الصحية من خلال السلامة مكتب الصحة المدرسية (OSH). لن يحتاج مكتب الصحة المدرسية (OSH) لتوقيعي لكتابة استمارات (MAFs) مستقبلية لتقديم دواء الربو. إذا قام ممارس الرعاية الصحية التابع لمكتب الصحة المدرسية (OSH) بتعبئة استمارة (MAF) لطفلي، سيقوم ممارس الرعاية الصحية التابع لمكتب الصحة المدرسية (OSH) اخطاري بذلك وإخطار ممارس الرعاية الصحية الخاص بطفلي.
  - تمثل هذه الاستمارة موافقتي وطلب تقديم خدمات الربو المذكورة في هذه الاستمارة. وهي لا تمثل اتفاقاً مع مكتب الصحة المدرسية (OSH) لتوفير الخدمات المطلوبة. إذا قرر مكتب الصحة المدرسية (OSH) تقديم هذه الخدمات، قد يحتاج طفلي أيضاً إلى خطة لتسهيلات التلميذ. ستقوم المدرسة بوضع هذه الخطة.
  - قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على أية معلومات أخرى يعتقد أنها ضرورية عن الحالة الطبية لطفلي أو أدويته أو علاجه. قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على هذه المعلومات من أي ممارس رعاية صحية أو ممرضة أو صيدلي قدم خدمات صحية لطفلي.
  - إذا لم تتوفر ممرضة المدرسة، فقد يتم إخطاري بالحضور للمدرسة لإعطاء الدواء لطفلي.

### تناول الدواء بشكل ذاتي:

- أقر/ أؤكد أن طفلي قد تلقى تدريباً كاملاً ويمكنه تناول الدواء من تلقاء نفسه. أوافق على أن يقوم طفلي بحمل وتخزين وتناول الدواء الموصوف على هذه الاستمارة بنفسه في المدرسة. أنا مسؤول عن إعطاء طفلي هذا الدواء في قوارير أو عبوات كما هو موضح أعلاه. أنا أيضاً مسؤول عن مراقبة استخدام طفلي للدواء، وعن جميع نتائج استخدام طفلي لهذا الدواء في المدرسة. ستؤكد ممرضة المدرسة قدرة طفلي على حمل الدواء وتناوله بنفسه. كما أوافق على إعطاء دواء "احتياطياً" للمدرسة في قارورة أو عبوة معنونة بوضوح.
- أوافق على قيام ممرضة المدرسة أو طاقم المدرسة المدرب بإعطاء طفلي الدواء إذا كان طفلي غير قادر مؤقتاً على حمل الدواء أو تناوله بنفسه.
- أقر/ أؤكد بموجبه بأنني تشاورت مع مقدم الرعاية الطبية لطفلي وأنتني أصرح لمكتب الصحة المدرسية (OSH) بإعطاء الدواء المخزون في حالة عدم توفر دواء الربو لطفلي.

ملحوظة: إذا اخترت استخدام دواء المخزون، فيجب عليك إرسال جهاز استنشاق الربو الخاص بطفلك، وقلم إبينافرين، وغير ذلك من الأدوية المعتمدة التي تناولها طفلك بنفسه، مع طفلك في يوم رحلة المدرسة و / أو برنامج ما بعد المدرسة من أجل أن تكون متاحة له. تستخدم الأدوية المخزونة فقط من قبل موظفي مكتب الصحة المدرسية (OSH) في المدرسة فقط.

الاسم الأخير للتلميذ(ة)	الاسم الأول	الأوسط	تاريخ الميلاد
اسم الوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر	<div style="text-align: center;">                  وقع هنا             </div>		
تاريخ التوقيع	عنوان الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر		
الهاتف المحمول	هاتف آخر		
اسم شخص بديل للاتصال به في حالة الطوارئ	رقم الهاتف في حالات الطوارئ		

### For Office of School Health (OSH) Use Only / لاستخدام مكتب الصحة المدرسية (OSH) فقط

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, mouthings words, wheezing throughout expiration and inspiration or decreased or absent breath sounds, agitation, drowsiness, confusion or exceptionally quiet appearance.		

\*لا يجوز ارسال المعلومات السرية بواسطة البريد الإلكتروني