

ASTHMA
MEDICATION ADMINISTRATION FORM - OFFICE OF SCHOOL HEALTH
 Authorization for Administration of Medication to Students for School Year 2016–2017

CONSETEMENT DU PARENT/TUTEUR

Je consens, par la présente, à la conservation et l'administration de médicament(s), ainsi qu'au stockage et à l'utilisation des ustensiles et matériel nécessaires pour administrer ce(s) médicament(s), conformément aux instructions du prestataire de soins médicaux ou médecin de mon enfant. Je sais que c'est à moi de fournir, à l'établissement scolaire, les produits et l'équipement nécessaires pour administrer ces médicaments, notamment les inhalateurs hors stock. Les médicaments doivent être apportés dans leur récipient d'origine avec la bonne étiquette de la pharmacie (il faut que je me procure un autre récipient similaire dont mon enfant se servira à l'extérieur de l'établissement scolaire). L'étiquette sur le médicament prescrit doit mentionner les prénoms et nom de l'élève, le nom et numéro de téléphone de la pharmacie, les prénoms et nom de l'auteur agréé de la prescription, la date et le nombre de renouvellements, le nom du médicament, la dose prescrite, la fréquence des prises, les modalités d'administration et/ou d'autres consignes d'utilisation. Les médicaments sans ordonnance et les échantillons de médicaments doivent être dans le récipient d'origine du fabricant, où sont apposés les prénoms et nom de l'élève. Je suis conscient(e) que si je fournis un médicament, il doit être délivré dans sa boîte d'origine QUI N'A JAMAIS ÉTÉ OUVERTE. J'ai aussi compris que je dois prévenir immédiatement l'infirmier scolaire, de tout changement de prescription ou d'instructions du type de celles susmentionnées.

Je sais qu'aucun élève n'a le droit de porter sur lui ou de prendre lui-même des substances sous contrôle.

Je sais que ce formulaire MAF n'est valable que jusqu'à la date où prend fin tout programme de cours d'été patronné par le Département de l'Éducation de la Ville de New York (DOE) ; ou au moment où je fournis, à l'infirmier scolaire, de nouvelles instructions du professionnel de santé ou médecin de mon enfant (suivant l'événement qui survient le plus tôt). En déposant ce formulaire MAF, je demande, de fait, à ce que mon enfant bénéficie d'une assistance médicale particulière de la part du DOE et de celle du Département de la Santé et de l'Hygiène mentale (Department of Health and Mental Hygiene ou *DOHMH*) de la Ville de New York, par l'intermédiaire du Bureau de la Santé Scolaire (OSH). Je déclare avoir compris que les services médicaux peuvent comprendre une évaluation clinique et un examen médical par un professionnel de santé de l'OSH. Ce formulaire MAF contient l'intégralité des instructions complètes concernant les soins médicaux demandés ci-dessus. Je sais que l'OSH, ses mandataires et employés, impliqués dans les soins médicaux demandés ci-dessus, s'en remettent à l'exactitude des informations fournies dans ce formulaire.

Je suis conscient(e) qu'au terme de la date limite de la validité du formulaire MAF, un professionnel de santé de l'OSH devra examiner mon enfant pour évaluer les symptômes de son asthme ainsi que sa réaction au médicament prescrit et qu'il pourrait fournir un nouveau formulaire MAF. Si le professionnel de santé de l'OSH détermine qu'aucune modification ne sera apportée aux prescriptions indiquées dans le formulaire MAF, il peut établir un nouveau formulaire indiquant les mêmes prescriptions avec une date de validité qui s'étend sur un an, à moins que le prestataire de soins de santé ou médecin de mon enfant fournisse un nouveau formulaire MAF. Si par contre le professionnel de santé de l'OSH détermine, après avoir examiné mon enfant et revu ses antécédents médicaux pertinents, que les prescriptions indiquées dans le formulaire MAF doivent être modifiées, il peut établir un nouveau formulaire indiquant d'autres prescriptions avec une date de validité qui s'étend sur un an, à moins que le prestataire de soins de santé ou médecin de mon enfant fournisse un nouveau formulaire MAF. Je serai informé(e), ainsi que le prestataire des soins de santé ou médecin de mon enfant mentionné dans son dossier, si un nouveau formulaire MAF a été établi ou si les prescriptions du formulaire MAF ont été modifiées. Je sais aussi que j'aurai jusqu'à 30 jours avant la date limite de validité de ce formulaire MAF pour fournir un nouveau formulaire MAF ou pour m'opposer à cet examen par écrit, auprès de l'infirmier(ère) de l'établissement scolaire. Si, avant cette date limite, je ne fournis pas un nouveau formulaire MAF à l'infirmier(ère) de l'établissement scolaire ou l'informe par écrit que je m'oppose à ce que mon enfant soit examiné(e) par un professionnel de santé de l'OSH, mon enfant sera examiné(e) et un nouveau formulaire MAF pourrait être établi.

Je reconnais que ce formulaire ne constitue pas un accord de l'OSH et du DOE d'offrir les services demandés, mais plutôt une demande de ma part et mon consentement pour ces services. Si ces soins sont jugés nécessaires, un Plan d'aménagement(s) pour l'élève (Student Accommodation Plan) peut aussi être requis et sera, dans ce cas, rédigé par l'établissement scolaire.

Je suis conscient(e) que, l'OSH, le DOE, et leurs mandataires et agents, peuvent contacter, consulter tout professionnel de santé (médecin et/ou spécialiste) et/ou pharmacien ayant fourni des médicaments ou services médicaux à mon enfant, et obtenir, ainsi, toute information supplémentaire considérée pertinente sur son état de santé, ses médicaments et/ou son traitement.

****PRISE DE MÉDICAMENT(S) AUTONOME : Pour utiliser un auto-injecteur d'adrénaline (épinéphrine), un inhalateur contre l'asthme et d'autres médicaments approuvés que l'enfant/adolescent peut prendre seul, mettez vos initiales devant ces paragraphes :**

_____ Je certifie, par la présente, que mon enfant a bien été complètement instruit et est capable de prendre, lui-même, le médicament prescrit. Je consens, en outre, à ce que mon fils/fille) porte sur lui(elle), conserve et prenne seul(e), dans l'enceinte scolaire, le(s) médicament(s) prescrit(s) cité(s) ci-dessus. Je reconnais avoir à fournir à mon enfant ces médicaments dans des récipients étiquetés comme décrit ci-dessus, être responsable de vérifier comment mon enfant s'en sert, et de toutes les conséquences possibles découlant de son(leur) usage dans l'enceinte scolaire. Je sais que l'infirmier de l'établissement scolaire confirmera la capacité de mon enfant à porter sur lui(elle) et à prendre seul(e) son(ses) médicament(s) de façon responsable. En outre, je consens à fournir un(des) médicament(s) de secours dans un récipient, dont le texte de l'étiquette est clair et lisible, à conserver en salle médicale au cas où mon enfant en aurait une quantité insuffisante à prendre seul(e) sur lui(elle).

_____ Je consens aussi à ce que l'infirmier(ère) scolaire conserve et/ou administre un tel traitement médicamenteux à mon enfant au cas où ce(cette) dernier(ère) serait temporairement dans l'impossibilité de le garder sur lui(elle) ou de le prendre seul(e).

_____ Je certifie, par la présente, avoir consulté le professionnel de santé ou médecin de mon enfant et je consens à ce que le Bureau de la Santé Scolaire (Office of School Health ou OSH) administre des médicaments contre l'asthme conservés en réserve au cas où on ne pourrait pas utiliser le traitement médicamenteux prescrit contre son asthme.

Il faut que votre enfant emporte son inhalateur-doseur (en tonnes métriques) (Personal Metered Dose Inhaler - MDI) personnel lors des journées de sortie scolaire pour l'avoir toujours à portée de main. Les réserves de médicaments contre l'asthme ne sont utilisées que lorsque que votre enfant est dans l'enceinte de l'établissement scolaire.

Signature de la mère/du père ou tuteur de l'élève	Prénoms et nom du parent/tuteur en caractères d'imprimerie
Signé le ____ / ____ / ____ (mois/jour/année)	Adresse du parent/tuteur de l'élève
Coordonnées téléphoniques : En journée (____) ____ - ____ Domicile (____) ____ - ____ Portable* (____) ____ - ____	
Email du parent/tuteur de l'élève*	
Prénoms et nom d'une autre personne à contacter en cas d'urgence	N° de téléphone de cette autre personne (____) ____ - ____
DO NOT WRITE BELOW -- FOR OFFICE OF SCHOOL HEALTH (OSH) USE ONLY	
Received by: Name _____ Date ____/____/____	Received by: Name _____ Date ____/____/____
Services provided by: <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor <input type="checkbox"/> School Based Health Center	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