

ASTHMA MEDICATION ADMINISTRATION FORM

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

Student Last Name _____ First Name _____ Middle Initial _____	Date of Birth ____ / ____ / ____ M M D D Y Y Y Y <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
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 _____	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

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 du professionnel de santé 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 s'ils ne sont pas pour la Ventoline. 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'école). L'étiquette sur le médicament prescrit doit mentionner le nom de l'élève, le nom et numéro de téléphone de la pharmacie, le 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 déclare avoir compris 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 placées sous contrôle. Je sais que ce consentement 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, une nouvelle ordonnance ou de nouvelles instructions du professionnel de santé ou médecin de mon enfant (suivant l'évènement 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 - *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 déclare avoir compris que 30 jours avant le terme de la date limite susmentionnée 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 un 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 *MAF* indiquant d'autres prescriptions. 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 ou spécialiste) 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 ou son traitement.

PRISE DE MÉDICAMENT(S) AUTONOME :

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

<u>INITIALES</u>	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 enfant porte sur lui, conserve et prenne seul, 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'école confirmera la capacité de mon enfant à porter sur lui et à prendre seul 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 sur lui.
------------------	--

<u>INITIALES</u>	Je consens aussi à ce que l'infirmier(ère) scolaire conserve 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).
------------------	--

<u>INITIALES</u>	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 conservés en réserve au cas où on ne pourrait pas utiliser le traitement médicamenteux prescrit contre son asthme.
------------------	--

SIGNEZ ICI

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 ne sont utilisées que lorsque que votre enfant est dans l'enceinte de l'établissement scolaire.

Nom de famille de l'élève	Prénom	MI	Date de naissance	École
Nom du parent/tuteur en caractères d'imprimerie			Signature du parent/tuteur	
Signé le		Adresse du parent/tuteur de l'élève		
Portable	Autre téléphone		Email	
Nom d'une autre personne à contacter en cas d'urgence			Téléphone de la personne à contacter en cas d'urgence	

For OFFICE OF SCHOOL HEALTH (OSH) Only

Received by: Name	Date	Reviewed by: Name	Date
Self-Administers/Self-Carries: Supervised Student*	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Services Provided By	<input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> School-Based Health Center <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, mouthings 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