

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
-------------------	------------	----	-----------------------------	--------

والدین / سرپرست کی رضامندی

میں بذریعہ ہذا اپنے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور معالج کی منسلکہ ہدایات کے مطابق، دوا رکھنے اور دینے اور اس کے ساتھ ساتھ دوا کو دینے کے لیے ضروری آلات کو رکھنے اور استعمال کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں جانتا ہوں کہ میرے لیے اسکول کو دوا دینے کے لیے دوائی اور ضروری آلات، بشمول نان اسٹاک انہیلر فراہم کرنا لازمی ہے۔ دوائیاں دواخانہ (فارمیسی) سے مناسب لیبل والے اصل ڈبے میں (اسکول کے باہر استعمال کے لئے مجھے اپنے بچے کے لئے ایسا دوسرا ڈبہ حاصل کرنا چاہئے) فراہم کرنی چاہئے؛ مجوزہ دوا کے لیبل پر طالب علم کا نام، فارمیسی کا نام اور ٹیلیفون نمبر، لائسنس شدہ تجویز کار کا نام، دوبارہ بھرنے (refill) کی تاریخ اور تعداد، دوا کا نام، خوراک، استعمال کی کثرت یا تعداد، دوا دینے کا طریقہ اور / یا دیگر ہدایات ہونی چاہئے؛ عام خریدی ہوئی دوا اور دوا کا نمونہ دوا ساز کے اصل ڈبے یا شیشی میں ہونے چاہئیں اور اس ڈبے پر طالب علم کا نام چسپاں ہونا چاہئے۔ میں جانتا ہوں کہ فراہم کردہ تمام دوائیوں کی فراہمی کو اس دوائی کے اصل اور بند ڈبے میں ہونا چاہئے۔ میں مزید جانتا ہوں کہ مجھے مذکورہ بالا نسخہ یا ہدایات میں کسی بھی تبدیلی کے بارے میں اسکول نرس کو فوراً اطلاع دینا ضروری ہے۔

مجھے معلوم ہے کہ کسی بھی طالب علم کو ممنوعہ اشیاء رکھنے یا خود سے استعمال کرنے کی اجازت نہیں دی جائے گی۔

میں جانتا ہوں کہ یہ MAF صرف نیویارک شہر محکمہ تعلیم ("DOE") کے کفالت کردہ موسم گرما کے تدریسی پروگرام کے دوران یا اس وقت تک مستند ہے جب تک کہ میں دوا کے استعمال کے متعلق اپنے بچے کے معالج کے ذریعہ جاری کردہ نئی ہدایات اسکول نرس کو نہ پہنچا دوں (جو بھی پہلے واقع ہو)۔ دوا کا یہ MAF جمع کر کے میں یہ گزارش کر رہا ہوں کہ اسکول کا دفتر صحت ("OSH") کے ذریعے DOE اور نیویارک شہر محکمہ صحت اور دماغی صحت ("DOHMH") میرے بچے کو مخصوص صحتی خدمات فراہم کرے۔ میں جانتا ہوں کہ ان خدمات میں اسکول کا دفتر صحت کے طبی نگہداشت کے پیشہ ور کے ذریعے کلینکل تشخیص اور ایک جسمانی معائنہ شامل ہو سکتا ہے۔ اس MAF میں اوپر درخواست کردہ طبی خدمت (خدمات) کے اہتمام کے متعلق تفصیلی اور مکمل معلومات اور ہدایات شامل ہیں۔ میں جانتا ہوں کہ مذکورہ بالا درخواست کردہ طبی خدمت (خدمات) کے اہتمام کے لئے OSH اور انکے ایجنٹس، اور ملازمین اس فارم میں فراہم کی گئی معلومات اور ہدایات کی درستگی پر انحصار کر رہے ہیں۔

میں جانتا ہوں کہ MAF کی ختم ہونے کی تاریخ کے بعد، اسکول کا دفتر صحت کا طبی نگہداشت پیشہ ور میرے بچے کی دمہ کی علامت کی اور میرے بچے کے لئے تجویز کردہ دوائی کے لئے میرے بچے کے ردعمل کی تشخیص کرنے کے لئے میرے بچے کا معائنہ کر سکتا ہے اور ایک نئے MAF کو جاری کر سکتا ہے۔ اسکول کا دفتر صحت کے طبی نگہداشت پیشہ ور اسی ترتیب میں ایک سال کی معیاد کے لئے ایک نئے MAF کو جاری کر سکتا ہے جبکہ میرے بچے کا طبی نگہداشت پیشہ ور ایک نئے MAF کو جاری کرے۔ اسکول کا دفتر صحت (OSH) طبی نگہداشت پیشہ ور میرے بچے کے معائنے اور ایسے متعلقہ طبی پس منظر کی بنیاد پر یہ تعین کر سکتے ہیں کہ MAF کی ترتیب میں تبدیلی کی جانی چاہئے، OSH طبی نگہداشت کے پیشہ ور ایک مختلف ترتیب کے ساتھ ایک نئے MAF کو جاری کر سکتے ہیں جس کی معیاد ایک سال میں ختم ہو۔ بجز میرے بچے کا طبی نگہداشت پیشہ ور ایک نیا MAF فراہم کرے۔ مجھے، بمع میرے بچے کے ریکارڈ پر موجود طبی نگہداشت پیشہ ور کو نئے MAF کے اجرا اور MAF کی ترتیب میں کسی بھی تبدیلی مطلع کیا جائے گا۔ میں مزید یہ بھی جانتا ہوں کہ میرے پاس اس MAF کی معیاد ختم ہونے سے قبل ایک نیا MAF جمع کروانے کے لئے 30 دن ہوں گے۔ اگر میں اس آخری تاریخ تک اسکول نرس کے پاس ایک نیا MAF جمع نہیں کرواتا ہوں، یا اسکول نرس کو اس بات سے تحریر میں مطلع نہیں کرتا ہوں کہ مجھے OSH کے طبی نگہداشت پیشہ ور کا میرے بچے کا معائنہ کرنے پر اعتراض ہے تو میرے بچے کا معائنہ کیا جا سکتا ہے اور ایک نیا MAF جاری کیا جا سکتا ہے۔

میں یہ جانتا ہوں کہ یہ فارم مطلوبہ خدمات فراہم کرنے کے لئے OSH اور DOE کا معاہدہ نہیں ہے بلکہ یہ ایسی خدمات کے لئے میری گزارش اور اجازت ہے۔ اگر یہ تعین کیا جاتا ہے کہ یہ خدمات لازمی ہیں، تو طالب علم کے لئے سہولیات مہیا کرنے کا ایک منصوبہ بھی ضروری ہو سکتا ہے اور اسے اسکول کے ذریعہ مکمل کیا جائے گا۔ میں جانتا ہوں کہ OSH اور DOE اور، اسکے ایجنٹس، اور اسکے ملازمین میرے بچے کو طبی یا صحت کی خدمات فراہم کرنے والے کسی بھی منظم طبی نگہداشت پیشہ ور اور / یا دوا فروش سے میرے بچے کی طبی کیفیت، دوا اور / یا علاج کے متعلق رابطہ اور مشورہ کر سکتے ہیں اور اس کے متعلق ایسی مزید معلومات حاصل کر سکتے ہیں جو ان کو مناسب لگیں۔

****خود سے دوا لینا: ایپینفرین (epinephrine)، دمے سے آرام کے لئے دستی آلہ (انہیلر) اور منظور شدہ خود لینے والی دیگر دواؤں کے استعمال کے لئے اس پیرے پر اپنے نام کے حروف کو تحریر کریں:**

میں بذریعہ ہذا یہ تصدیق کرتا ہوں کہ میرے بچے کو اوپر تجویز کی گئی دوا خود سے لینے کی مکمل ہدایت دے دی گئی ہے اور وہ اس مجوزہ دوائی کو بخوبی لینے کے قابل ہے۔ میں اپنے بچے کو مزید اجازت دیتا ہوں کہ یہ مذکورہ تجویز کی گئی دوا کو اپنے ساتھ اسکول لے جا سکتا ہے، اسے اپنے پاس رکھ سکتا ہے اور خود سے لے سکتا ہے۔ میں اعتراف کرتا ہوں کہ میں اپنے بچے کو مذکورہ بیان کے مطابق لیبل لگے ہوئے ڈبے میں ایسی دوا فراہم کروں گا، میرے بچے کے ذریعہ اس دوا کے استعمال کی کسی بھی طرح کی اور مکمل نگرانی کروں گا، اور میں میرے بچے پر ایسی دوا کے اسکول میں استعمال کے کسی بھی طرح کے اور تمام نتائج کے لئے ذمہ دار ہوں۔ میں جانتا ہوں اسکول کی نرس میرے بچے کی ذمہ دارانہ انداز میں دوا کو اپنے پاس رکھنے اور اس کو لینے کی تصدیق کرے گی۔ اس کے علاوہ، ایسی صورت میں کہ کبھی میرے بچے کے پاس خود سے لینے کے لئے کافی دوا نہ ہو، تو اس غرض سے میڈیکل روم میں رکھنے کے لئے واضح لیبل والی بوتل میں دوا کی "اضافی مقدار" فراہم کرنے کے لئے میں راضی ہوں۔

میں میرے بچے کے دوا کا ذخیرہ کرنے یا اس کو خود سے لینے کے لئے عارضی طور پر قابل نہ ہونے کی صورت میں اسکول کی نرس کو ایسی دوائی کا ذخیرہ کرنے اور / یا میرے بچے کو دینے کی اجازت دیتا ہوں۔

میں بذریعہ ہذا یہ تصدیق کرتا ہوں کہ میں نے اپنے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور کے ساتھ مشورہ کیا ہے اور یہ کہ میں اسکول کے دفتر صحت کو میرے بچے کی مجوزہ دمے کی دوا دستیاب نہ ہونے کی صورت میں دمے کی دوا کے ذخیرہ سے میرے بچے کو دوا دینے کی اجازت دیتا ہوں۔

اپنے لئے اسکولی تفریح والے دن اپنے بچے کا ذاتی ناہی بونی خوراک والا انہیلر (MDI) **Metered Dose Inhaler (MDI)** اپنے بچے کے ساتھ بھیجنا لازمی ہے تاکہ بچے کے استعمال کے لئے انہیلر دستیاب ہو۔ دمے کی ذخیرہ دوائی کو صرف اس وقت استعمال کیا جاتا ہے جب آپکا بچہ اسکولی عمارت میں موجود ہو۔

والدین / سرپرست کے دستخط		والدین / سرپرست کا نام جلی حروف میں	
دستخط کی تاریخ ___/___/_____		والدین / سرپرست کا پتہ	
ٹیلیفون نمبر: دن (____) - _____		گھر (____) (____) سیل فون* (____) - _____	
والدین / سرپرست کا ای میل*		رابطے کا ٹیلیفون نمبر (____) - _____	
بنگامی صورت میں متبادل رابطہ فرد کا نام			
ذیل میں نہ لکھیں - صرف اسکول کا دفتر صحت (OSH) کے استعمال کے لئے (OSH) USE ONLY - DO NOT WRITE BELOW - FOR OFFICE OF SCHOOL HEALTH			
Reviewed 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		Self-Administers/Self-Carries: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Signature and Title (RN OR MD/DO/MP): _____			

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