

# ASTHMA MEDICATION ADMINISTRATION FORM

PROVIDER MEDICATION ORDER FORM—Office of School Health—School Year \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

<b>Student</b> Last Name _____ First Name _____ Middle Initial _____	Date of Birth ____ / ____ / ____ <div style="text-align: center; font-size: small;">M M D D Y Y Y Y</div> <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Attach Student Photo To This Sheet	OSIS # _____ DOE District ____ Grade _____
<b>School Name, Number, Address, and Borough:</b> _____	

## The Following Section Completed By Student's HEALTH CARE PRACTITIONERS

<b>Diagnosis</b> <input type="checkbox"/> Asthma	<b>Control</b> (see NAEPP Guidelines) <input type="checkbox"/> Well Controlled <input type="checkbox"/> Not Controlled <input type="checkbox"/> Unknown	<b>Severity</b> (see NAEPP Guidelines) <input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Mild Persistent <input type="checkbox"/> Moderate Persistent <input type="checkbox"/> 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	

<b>Quick Relief In-School Medication (Select ONE)</b> <input type="checkbox"/> <b>Albuterol MDI</b> [ <i>Ventolin® MDI can be provided by school for shared usage (plus individual spacer):</i> ] <div style="text-align: center;"><b>[Parent must sign back]</b></div> <input type="checkbox"/> MDI w/ spacer <input type="checkbox"/> DPI  <input type="checkbox"/> <b>Other:</b> Name: _____ Strength: _____ Dose: _____ Route: _____ Time Interval: <input type="checkbox"/> _____ hrs	<b>In-School Instructions</b> <input type="checkbox"/> <b>Standard Order:</b> 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 <b>ONCE</b> . <b>If in Respiratory Distress*:</b> Call 911 and give 6 puffs/1AMP; may repeat q 20 minutes until EMS arrives. <input type="checkbox"/> <b>Pre-exercise:</b> 2 puffs/1 AMP 15-20 mins before exercise. <input type="checkbox"/> <b>URI Symptoms or Recent Asthma Flare (within 5 days):</b> 2 puffs/1 AMP @ noon for 5 days. <b>Special Instructions:</b> _____
--	---

<b>Controller Medications for In-School Administration</b> <i>(Recommended for Persistent Asthma, per NAEPP Guidelines)</i> <input type="checkbox"/> <b>Fluticasone MDI</b> [ <i>Flovent® 110 mcg MDI can be provide by school for shared usage:</i> <b>[Parent must sign back]</b> ] <input type="checkbox"/> MDI w/ spacer <input type="checkbox"/> DPI <input type="checkbox"/> <b>Other:</b> Name: _____ Strength: _____ Dose: _____ Route: _____ Time Interval: <input type="checkbox"/> _____ hrs	<input type="checkbox"/> <b>Standing Daily Dose:</b> _____ puffs/1AMP ONCE a day at ____ AM or ____ PM <b>Special Instructions:</b> _____
---	---

Select the most appropriate option for this student: <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry / self-administer (**Parent Initials Back)  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; font-size: x-small;">Practitioner Initials</div> I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed medication effectively for school / field trips / school sponsored events.	<b>Home Medications</b> (include over the counter) <input type="checkbox"/> Reliever _____ <input type="checkbox"/> Controller _____ <input type="checkbox"/> Other _____
--	--

<b>Health Care Practitioner</b> Last Name _____ First Name _____ (Please Print)	Signature _____	Date ____ / ____ / ____
Address _____	Tel. (____) _____ - _____	Fax (____) _____ - _____
Email Address _____	NYS License # <b>(Required)</b> _____	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

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 وینٹولین انہیلر (non-Ventolin inhaler) فراہم کرنا لازمی ہے۔ دوائیاں فارمیسی سے مناسب لیبل والے اصل ڈبے میں (اسکول کے باہر استعمال کے لئے مجھے اپنے بچے کے لیے ایسا دوسرا ڈبہ حاصل کرنا چاہیے) فراہم کرنی چاہیں؛ مجوزہ دوا کے لیبل پر طالب علم کا نام، فارمیسی کا نام اور ٹیلیفون نمبر، لائسنس شدہ نسخہ ساز 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 چاہئیں؛ 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 چاہیے۔ 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 اشیا رکھنے یا خود سے استعمال کرنے کی اجازت نہیں دی جائے گی۔** میں جانتا ہوں کہ یہ اجازت صرف نیویارک شہر محکمہ تعلیم ("DOE") کے کفالت کردہ موسم گرما کے تدریسی پروگرام کے دورانیے کے دوران یا اس وقت تک مستند ہے جب تک کہ میں دوا کے استعمال کے متعلق اپنے بچے 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 لیے 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 مذکورہ بالا MAF کی تاریخ ختم ہونے سے 30 دن پہلے، اسکول کا دفتر صحت کا طبی نگہداشت پیشہ ور میرے بچے کی دمہ کی علامت کی اور میرے بچے کے لیے تجویز کردہ دوائی کے لیے میرے بچے کے ردعمل کی تشخیص کرنے کے لیے 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 اس کی ترتیب میں ایک سال کی معیاد کے لیے ایک نئے MAF کو جاری کر سکتا ہے بجز میرے بچے کا طبی نگہداشت پیشہ ور ایک نئے MAF کو جاری کرے۔ اگر اسکول کا دفتر صحت (OSH) کا ایک طبی نگہداشت پیشہ ور میرے بچے کے معائنے اور ایسے متعلقہ طبی پس منظر کی بنیاد پر یہ تعین کرتا ہے کہ MAF کی ترتیب میں تبدیلی کی جانی چاہیے، OSH طبی نگہداشت کے پیشہ ور ایک مختلف ترتیب کے ساتھ ایک نئے MAF کو جاری کر سکتے ہیں۔ 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 لیے 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 / 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، اس کے 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)، دمہ سے آرام کے لئے دستی آلہ (انہیلر) اور منظور شدہ خود لینے والی دیگر دواؤں کے استعمال کے لئے اس پیراگراف 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 کرنے، میرے بچے کے ذریعہ اس دوا کے استعمال کی کسی بھی طرح کی اور مکمل نگرانی کرنے، اور 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 اہلیت کی تصدیق کرے گی۔ اس کے علاوہ، ایسی صورت میں کہ کبھی میرے بچے کے لئے کافی دوا نہ ہو، تو اس غرض سے میٹیکل روم میں رکھنے کے لئے واضح لیبل والی بوتل میں دوا کی "اضافی مقدار" فراہم کرنے کے لئے میں راضی ہوں۔

نام کے ابتدائی حروف

میں میرے بچے کے دوا کا ذخیرہ کرنے یا اس کو خود سے لینے کے لیے عرضی 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۔

نام کے ابتدائی حروف

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 دمہ کی دوا دستیاب نہ ہونے کی صورت میں دوا کے ذخیرہ سے میرے بچے کو دوا دینے کی اجازت دیتا ہوں۔

نام کے ابتدائی حروف



اپکے لیے اسکولی تفریح والے دن اپنے بچے کا ذاتی ناپی ہوئی خوراک والا انہیلر (Metered Dose Inhaler (MDI)) اپنے بچے کے ساتھ بھیجنا لازمی ہے تاکہ بچے کے استعمال کے لیے انہیلر دستیاب ہو۔ ذخیرہ (اسٹاک) دوا صرف اس وقت استعمال کی جاتی ہے جب آپکا بچہ اسکولی عمارت میں موجود ہو۔

طالب علم کا آخری نام	پہلا نام	درمیانہ	تاریخ پیدائش	اسکول
والدین / سرپرست کا نام جلی حروف میں			والدین / سرپرست کے دستخط	
دستخط کی تاریخ		والدین / سرپرست کا پتہ		
سیل فون	دیگر فون	ای میل		
ہنگامی صورت میں متبادل رابطہ فرد کا نام			ہنگامی صورتحال میں رابطے کا فون	

**For OFFICE OF SCHOOL HEALTH (OSH) Only**

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"/> School-Based Health Center
Supervised Student*	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<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, mouthing 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