

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

**학부모/보호자 동의:**

저는 자녀의 의사(health care practitioner)의 지시에 따라 약품의 보관 및 투여와 약품 투여에 필요한 기구를 보관 및 사용하는 것에 동의합니다. 저는 본인이 반드시 학교에 약품 및 논-스톡 흡입기를 포함한 투여에 필요한 기구를 제공해야 함을 이해합니다. 약품은 약국에서 받은 라벨이 달린 용기 그대로 제공해야 합니다 (이런 약국에서 제공한 학교 밖에서 사용할 용기는 따로 준비할 것입니다); 처방약의 라벨에는 반드시 학생 이름, 약국 이름 및 전화번호, 면허를 가진 처방자의 이름, 리필 날짜 및 횟수, 약의 이름, 투약 용량, 투약 횟수, 투약 방법 및/또는 기타 준수사항들이 명시되어야 합니다; 일반의약품 및 약품 샘플은 반드시 제조사의 생산용기 그대로 제공해야 하며 학생의 이름을 용기에 부착하십시오. 저는 모든 약품을 반드시 본래 그대로, 개봉하지 약품 상자에 들어있는 것을 제공해야 함을 이해합니다. 저는 위에 명시된 처방 또는 투약방법에 변경이 있으면 즉시 학교 간호사에게 통지해야 함을 이해합니다.

**관리대상 약품은 어떤 학생도 소지하거나 자가 투여할 수 없음을 이해합니다.**

저는 MFA가 뉴욕시 교육청("DOE")에서 후원하는 여름방학 교육 프로그램이 종료할 때까지 또는 제 아이의 의사가 발행한 새로운 지시 내용을 학교 간호사에게 전달할 때 까지만 유효하다는 것을 알고 있습니다 (더 빠른 것 기준). MAF 를 접수함으로써 저는 교육청 및 뉴욕시 보건정신위생청 (Department of Health and Mental Hygiene: DOHMH)가 학교보건 담당실 (Office of School Health: OSH)을 통해 자녀에게 특정 보건 서비스 제공을 요청합니다. 저는 OSH 의사의 의료 평가 및 신체 검사가 이들 서비스에 포함될 수 있다는 것을 이해합니다. 상기 요청된 보건 서비스 제공에 대한 종합적인 안내가 이 MAF 에 포함되어 있습니다. 저는 OSH 와 소속 에이전트 및 상기 요청하는 의료 서비스 제공에 관련된 직원은 본 양식에 제공된 정보의 정확함에 의존함을 알고 있습니다.

저는 MAF 만료 날짜가 지난 후에, OSH 의사가 제 아이의 천식 증상을 진단하고 제 아이의 처방된 약품에 대한 반응을 검토하여 새로운 MAF 를 발행 할 수도 있다는 것을 알고 있습니다. 만약 OSH 의사가 MAF 를 바꿀 필요가 없다고 결정했다면, 제 아이의 의사가 작성한 새로운 MAF 를 제공하지 않은 한 OSH 의사가 일 년에 만료된 내용과 동일한 내용으로 새로운 MAF 를 발행할 수도 있다는 것을 알고 있습니다. 만약 OSH 의사가 제 아이를 검진한 결과와 지난 의료 기록을 바탕으로 MAF 를 바꿀 필요가 있다고 결정했다면, 제 아이의 의사가 작성한 새로운 MAF 를 제공하지 않은 한 OSH 의사가 일 년 내 만료되는 이전과 다른 내용을 포함한 새로운 MAF 를 발행할 수도 있다는 것을 알고 있습니다. 저는, 제 아이의 의사 기록과 함께, 새로운 MAF 의 발행 및 MAF 내용의 변경에 대해 통보 받게 될 것입니다. 저는 이 MFA 의 종료 30 일 전에 새로운 MAF 를 제출하거나 서면으로 이 진단에 반대하는 의견을 학교 간호사에게 제출할 시간을 갖게 될 것임을 알고 있습니다. 제가 새로운 MAF 를 학교 간호사에게 제출하지 못하거나 마감일 전까지 서면으로 제 아이가 OSH 의사에 의해 검진 받는 것에 반대함을 학교 간호사에게 통보하지 못하였다면, 제 아이가 검진을 받고 새로운 MAF 를 발급받게 될 수도 있습니다.

저는 이 양식은 OSH 및 교육청이 요청된 서비스 제공에 동의하는 양식이 아니라 서비스에 대한 본인의 요청 및 동의 양식임을 이해합니다. 서비스가 필요하다고 결정되면 학생 편의 계획이 필요할 수도 있으며 학교에서 작성할 것입니다.

저는 OSH 및 교육청 산하 직원과 부서들이 아이의 건강 상태, 약품 및/또는 치료에 관련하여 적절하다고 생각되는 더 상세한 정보를 제 아이에게 약품이나 보건 서비스를 제공하는 의사 및/또는 약사에게 연락, 상담 및 취득할 수 있다는 것을 알고 있습니다.

**\*\*약물 자가 투여: 에피네프린, 천식 인헤일러 및 기타 허가된 자가 투여 약물 사용에 대해서는 다음 문단에 이니셜을 기입하십시오:**

\_\_\_\_\_ 저는 자녀가 처방된 약품을 자가 투여할 수 있도록 완전히 지도하였음을 보증합니다. 또한 저는 자녀가 상기 처방된 약물을 학교에서 소지, 보관 및 자가 투여하는 것에 동의합니다. 저는 자녀에게 상기 설명한 대로 라벨이 부착된 용기에 약물을 제공하고 자녀의 해당 약물 사용을 모두 모니터링하며 학교에서 해당 약물 사용의 모든 결과에 대한 책임이 본인에게 있음을 알고 있습니다. 저는 제 아이가 학교에서 책임감 있는 태도로 자가 소지 및 자가 투여할 능력이 있는지 학교 간호사가 확인할 것임을 이해합니다. 그리고 저는 자녀가 자가투여를 위한 약품을 충분히 가지고 있지 않을 때를 대비하여 의무실에 약품 이름을 정확히 기재한 통에 "예비" 약품을 제공할 것에 동의합니다.

\_\_\_\_\_ 저는 자녀가 일시적용 해당 약품을 자가 투여하지 못할 때를 대비하여 학교 간호사가 보관/투여하는 것에 동의합니다.

\_\_\_\_\_ 저는 자녀의 의사와 의논하였으며 학교 보건 담당실이 자녀의 천식 처방약이 없을 때는 학교에서 관리하는 스톡 천식 약품을 투여하는 것에 동의하였음을 확인하고자 합니다.

반드시 자녀 개인용 계량 용량 인헤일러 (MDI) 를 학교 견학 중 자녀가 사용할 수 있도록 자녀 편에 보내셔야 합니다. 스톡 천식 약품은 자녀분이 학교 건물 내에 있을 때만 사용할 수 있습니다.

<b>학부모/보호자의 서명</b>	<b>학부모/보호자 성명 인쇄체로 기입</b>
서명 날짜 ____/____/_____	<b>학부모/보호자의 주소</b>
전화번호: 주간 (____) _____ - _____ 자택 (____) _____ - _____ 휴대전화* (____) _____ - _____	
<b>학부모/보호자 이메일 주소*</b>	
<b>기타 비상 연락 정보</b>	<b>연락 전화번호 (____) _____ - _____</b>
<b>DO NOT WRITE BELOW - FOR OFFICE OF SCHOOL HEALTH (OSH) USE ONLY (아래 아무것도 기재 하지 마십시오 - OSH 전용)</b>	
Received by: Name _____ Date ____/____/_____	Received by: Name _____ Date ____/____/_____
Self-Administers/Self-Carries: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Self-Administers/Self-Carries: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<b>Signature and Title (RN OR MD/DO/NP):</b>	

# ASTHMA

## MEDICATION ADMINISTRATION FORM - OFFICE OF SCHOOL HEALTH

Authorization for Administration of Medication to Students for School Year 2016-2017

<b>ATTACH STUDENT PHOTO HERE</b>	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**

<b>Diagnosis</b>	<b>Select Asthma Severity and Control</b>				
<input type="checkbox"/> Asthma	<b>Severity:</b>	<input type="checkbox"/> Intermittent	<input type="checkbox"/> Mild Persistent	<input type="checkbox"/> Moderate Persistent	<input type="checkbox"/> Severe Persistent
Other:	<b>Control:</b>	<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	<b>History of asthma-related:</b>
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) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U</span>
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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U</span>
Date last oral steroids received: ____/____/____				Hospitalizations within past 12 months: ____ times <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U</span>
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**

<p><b>1. Quick Relief Medications</b> Choose <b>ONLY</b> one:</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Albuterol</b> [Ventolin® can be provided by school for shared usage (plus individual spacer): <b>see back</b>]. <input type="checkbox"/> MDI with spacer <input type="checkbox"/> DPI</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Other Medication Order:</b> Name: _____ Dose: _____ Route: _____ Time interval: q ____ hrs <b>Instructions:</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Standard Order:</b> Give <b>2 inhalations</b> 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 <b>ONCE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>OR</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>If in Respiratory distress*:</b> call 911 and give <b>6 inhalations</b>; then may repeat 6 inhalations q 20 minutes until EMS arrives.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Pre-exercise:</b> give <b>2 inhalations</b> 15 -20 minutes before exercise.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>URI symptoms or recent asthma flare (within 5 days):</b> give <b>2 inhalations @ noon</b> for 5 days.</p>
<p><b>2. Controller Medications for In-School Administration</b> <i>(Recommended for Persistent Asthma, per NAEPP Guidelines)</i> <b>SPECIFY Name(s) of medication</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Inhaled corticosteroid (ICS):</b> _____ Strength _____ <input type="checkbox"/> MDI with spacer <input type="checkbox"/> DPI</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Other:</b> _____ Strength _____ Dose: _____ Route: _____ Time interval: q _____</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Standing daily dose:</b> ____ inhalations <u>once a day</u> at ____ AM OR ____ PM <b>OR</b> ____ inhalations <u>twice a day</u> at ____ AM and ____ PM</p> <p><b>Special Instructions:</b></p>

**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**

<b>HOME Medications (include over-the counter)</b>	<b>For Office of School Health (OSH) Only</b>
	Revisions per OSH after consultation with prescribing practitioner. <input type="checkbox"/> IEP
	<b>*Respiratory Distress:</b> 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.

<b>Health Care Practitioner</b> (Please Print)	LAST NAME	FIRST NAME	Signature	Date ____/____/____
Address	Tel. (____)____-____		Fax. (____)____-____	<b>CDC and AAP strongly recommend annual influenza vaccination for all children diagnosed with asthma.</b>
NYS License # (Required) _____	Medicaid# _____	NPI # _____		

**INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS**