

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

Male
 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 Y N U
History of life-threatening asthma (loss of consciousness or hypoxic seizure) Y N U
History of asthma-related PICU admissions (ever) Y N U
Received oral steroids within past 12 months Y N U ___ times last: ___/___/___
History of asthma-related ER visits within past 12 months Y N U ___ times
History of asthma-related hospitalizations within past 12 months Y N U ___ times
History of food allergy or eczema, specify: _____ Y N 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
(Please Print)

Signature

Date ___/___/_____

Address

Tel. (____) _____

Fax (____) _____

NPI # _____

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

저는 자녀의 의료 관계자(health care practitioner)의 지시에 따라 약품의 보관 및 투여와 약품 투여에 필요한 기구의 보관 및 사용을 동의합니다. 저는 본인이 반드시 학교에 약품 및 비베틀린 인헤일러를 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, 연허를 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 않은 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 이 동의서가 뉴욕시 교육청("DOE")에서 후원하는 여름방학 교육 프로그램이 종료할 때까지 또는 제 아이의 의사가 발행한 새로운 약품이나 지시 내용을 학교 간호사에게 전달할 때까지만 유효하다는 것을 알고 있습니다 (더 빠른 기준). MAF를 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 MAF에 포함되어 있습니다. 저는 OSH와 소속 에이전트 및 상기 요청하는 의료 서비스 제공에 관련된 직원은 본 양식에 제공된 정보의 정확함에 의존함을 알고 있습니다. 저는 상기 언급된 MAF 만료 날짜 30일 전에, OSH 의료 종사자가 제 아이의 천식 증상을 진단하고 제 아이의 처방된 약품에 대한 반응을 검토하여 새로운 MAF를 발행 할 수도 있다는 것을 알고 있습니다. 만약 OSH 의사가 MAF를 바꿀 필요가 없다고 결정했다면, 제 아이의 의사가 작성한 새로운 MAF를 제공하지 않은 한 OSH 의사가 일 년에 만료된 내용과 동일한 내용으로 새로운 MAF를 발행할 수도 있다는 것을 알고 있습니다. 만약 OSH 의사가 제 아이를 검진한 결과와 지난 의료 기록을 바탕으로 MAF를 바꿀 필요가 있다고 결정했다면, OSH 의사가 다른 약품이 적힌 새로운 MAF를 발행할 수도 있다는 것을 알고 있습니다. 저는, 제 아이의 의사 기록과 함께, 새로운 MAF의 발행 및 MAF 내용의 변경에 대해 통보 받게 될 것입니다. 저는 이 MFA의 종료 30일 전에 새로운 MAF를 제출하거나 서면으로 이 진단에 반대하는 의견을 학교 간호사에게 제출할 시간을 갖게 될 것임을 알고 있습니다. 제가 새로운 MAF를 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 MAF를 발급받게 될 수도 있습니다. 저는 이 양식은 OSH 및 교육청이 요청된 서비스 제공에 동의하는 양식이 아니라 서비스에 대한 본인의 요청/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 이 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 모니터하며 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 일시적을 해당 약품을 자가 투여하지 못할 때를 대비하여 학교 간호사가 보관/투여하는 것에 동의 합니다.

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



반드시 자녀 개인용 계량 용량 인헤일러 (MDI)를 학교 필드트립 중 자녀가 사용할 수 있도록 자녀편에 보내셔야 합니다. 학교의 스톡 약품은 자녀가 학교 발당 내에 있을 때만 사용할 수 있습니다.

학생 성	이름	MI	생년월일	학교
학부모/보호자 성명 인쇄체로 기입			학부모/보호자의 서명	
서명일	학부모/보호자의 주소			
휴대전화 번호	기타 전화	이메일		
기타 비상 연락 정보		비상시 연락 전화번호		

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	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:			
<small>*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.</small>			

FAX COMPLETED FORMS TO 347-396-8945