

ASTHMA MEDICATION ADMINISTRATION FORM

PROVIDER MEDICATION ORDER FORM | Office of School Health | School Year 2018-2019

DUE: JULY 15th. Forms submitted after July 15th may delay processing for new school year.

Attach student photo here

Student Last Name _____ First Name _____ Middle Initial _____ Date of Birth ____/____/____
M M D D Y Y Y Y Male Female

OSIS # _____ DOE District ____ Grade/Class _____

School Name, Number, Address, and Borough:

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

Diagnosis

- Asthma
 Other: _____

Control (see NAEPP Guidelines)

- Well Controlled
 Not Controlled / Poorly 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

Student Skill Level (Select the most appropriate option)

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication
 Supervised Student: student self-administers under adult supervision
 Independent Student: student is self-carry / self-administer

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 _____

Quick Relief In-School Medication (Select ONE)

- Albuterol MDI**
[Ventolin® MDI can be provided by school for shared usage (plus individual spacer)]:
 MDI w/ spacer
 DPI
 Other: Name: _____ Strength: _____
Dose: _____ Route: _____ Time Interval: ____ hrs

In-School Instructions (Check all that apply)

- 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/1 AMP; 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 provided by school for shared usage]:
 MDI w/ spacer
 DPI
 Other: Name: _____ Strength: _____
Dose: _____ Route: _____ Time Interval: ____ hrs

Standing Daily Dose:

____ puffs/1AMP ONCE a day at ____ AM

Special Instructions:

Health Care Practitioner (Please Print Name)		Signature	Date ____/____/____
Last	First		
Address		Tel. (____) _____	Fax (____) _____
Email Address		NYS License # (Required)	CDC and AAP strongly recommend annual influenza vaccination for all children diagnosed with asthma.

ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

Форма назначения лекарственного препарата | Отдел школьного здравоохранения | 2018–2019 уч. год

СРОК ПОДАЧИ: 15 ИЮЛЯ Подача запроса после указанного срока может привести к задержке предоставления услуг в новом уч. году.

ЗАЯВЛЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ/ОПЕКУНОВ

Я, нижеподписавшийся, выражаю согласие на следующее:

1. Я даю согласие на хранение и выдачу ребенку в школе лекарства в соответствии с предписаниями его лечащего врача. Также даю согласие на хранение и применение в школе инструментов/материалов для введения лекарства.
2. Мне известно, что
 - Мне требуется обеспечить школу лекарственным препаратом и необходимыми средствами для его введения, в т. ч. невинтолиновыми ингаляторами.
 - **Все рецептурные и безрецептурные лекарственные препараты, предоставляемые школе, должны быть новыми, в запечатанной фабричной или аптечной упаковке.** Для применения вне школы и во время школьных поездок обязуюсь предоставить ребенку другое лекарство.
 - Рецептурное лекарство должно быть в упаковке с **оригинальной** аптечной этикеткой, включающей 1) имя и фамилию ребенка, 2) название и телефон аптеки, 3) имя и фамилию выписавшего препарат врача, 4) дату, 5) число повторных заказов, 6) название препарата, 7) дозу, 8) периодичность приема, 9) способ применения и/или другие инструкции.
 - Я обязан **немедленно** информировать школьную медсестру о любых изменениях, связанных с приемом лекарства или предписаниями врача.
 - Сотрудники Отдела школьного здравоохранения (OSH) и его представители, ответственные за предоставление ребенку вышеуказанной услуги/услуг, руководствуются информацией, представленной в данной форме.
 - Своей подписью в Запросе на выдачу лекарств (medication administration form, MAF) я разрешаю Отделу школьного здравоохранения (Office of School Health, OSH) оказывать медицинские услуги ребенку. Эти услуги могут включать клиническую оценку и медицинский осмотр, проводимые врачом или медсестрой OSH.
 - Форма назначения лекарственного препарата в MAF истекает в конце учебного года, который может включать летние занятия, или по представлении мной новой формы MAF школьной медсестре (в зависимости от того, что наступит ранее).
 - По истечении срока действия формы я предоставляю школьной медсестре новую форму MAF, выданную лечащим врачом ребенка. В случае неподачи мной нового MAF или письменного отказа от осмотра ребенка врачом OSH, ребенок может подлежать медицинскому осмотру с целью оценки симптомов астмы и эффективности назначенного препарата. Врач OSH установит необходимость внесения изменения; он может выдать новый MAF для дальнейшего получения ребенком медицинских услуг OSH. В дальнейшем Отделу школьного здравоохранения не понадобится моя подпись для оформления MAF для лекарств от астмы. В случае выдачи нового MAF, врач OSH предпримет попытку информировать меня и лечащего врача ребенка.
 - Данная форма представляет собой мой запрос и разрешение на указанные услуги по лечению астмы. Она не является согласием OSH об оказании запрашиваемых услуг. В случае согласия OSH на предоставление этих услуг, ребенку также потребуется План по адаптации Student Accommodation Plan), который оформляется школой.
 - OSH вправе обращаться за необходимой информацией о состоянии здоровья ребенка, его лекарствах и/или лечении к любым поставщикам медицинских и/или фармацевтических услуг, оказывавшим помощь ребенку.
 - В случае отсутствия школьной медсестры я могу быть уведомлен о необходимости явиться в школу для выдачи лекарства ребенку.

САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

- Настоящим заявляю/подтверждаю, что ребенок прошел обучение и может принимать лекарство самостоятельно. Я разрешаю ребенку иметь при себе, хранить и самостоятельно принимать в школе указанное в данной форме лекарство. Я несу ответственность за предоставление ребенку лекарственных средств в упаковке, как описано выше. Я также несу ответственность за контроль использования лекарства ребенком, а также за все последствия приема этого препарата в школе. Школьная медсестра удостоверяет способность ребенка иметь при себе и самостоятельно принимать препарат. Я даю согласие на предоставление запасного лекарства в упаковке с разборчиво надписанной этикеткой для хранения в школе.
- Я даю согласие на выдачу лекарства школьной медсестрой или обученным сотрудником в случае временной невозможности ребенка иметь при себе и самостоятельно принимать препарат.
- Настоящим подтверждаю, что по согласованию с лечащим врачом ребенка я разрешаю OSH применять имеющиеся в школе лекарственные средства в случае отсутствия у ребенка собственных лекарств от астмы.

ПРИМЕЧАНИЕ. В случае выбора в пользу имеющихся в школе лекарственных средств, в дни школьных экскурсий и/или послешкольных программ вы должны обеспечить ребенка противоастматическим ингалятором, эпинефрином и другими утвержденными для самостоятельного приема лекарствами для использования в случае необходимости. Школьные лекарства предназначены только для применения сотрудниками OSH исключительно в школе.

Ребенок: Фамилия	Имя	Инициал ср. имени	Дата рождения
Имя и фамилия родителя/опекуна (печатными буквами)		ПОДПИСЬ → Подпись	
Дата подписи	Адрес родителя/опекуна:		
Мобильный телефон	Другой телефон	Имейл	
Другое контактное лицо для срочной связи		Телефон	

For Office of School Health (OSH) Use Only / Для служебных отметок OSH

Номер учащегося (OSIS):		<input type="checkbox"/> 504		<input type="checkbox"/> IEP		<input type="checkbox"/> Other	
Received by: Name		Date		Reviewed by: Name		Date	
Services provided by		<input type="checkbox"/> Nurse/NP		<input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor (For supervised students only)		<input type="checkbox"/> OSH Asthma Case Manager (For supervised students only)	
		<input type="checkbox"/> School Based Health Center					
Revisions as per OSH contact with prescribing health care practitioner				<input type="checkbox"/> Modified		<input type="checkbox"/> Not Modified	
Signature and Title (RN OR MD/DO/NP):		*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.					

*Конфиденциальная информация не подлежит пересылке по электронной почте.