

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

Student Last Name	First Name	MI	Date of birth ___/___/_____	School
-------------------	------------	----	-----------------------------	--------

家長/監護人同意信

我謹此授權藥物的儲藏和施用以及根據我子女的保健專業人員的指導為施用該藥物而必需的器械的儲藏和使用。我理解，我必須給學校提供施用藥物所必需的藥物和器械（包括沒有儲存的吸入器）。藥物應置於一個來自藥房並正確標示的原裝容器（我應為我子女在學校之外的使用另外配得一個如此的容器）；處方藥物的標示必須包含學生姓名、藥房名稱和電話號碼、執照開處方醫生的姓名和日期及再拿葯的次數、藥物的名稱和劑量及施用頻率、施用規程和/或其他說明；櫃檯購買的藥品和藥物樣本必須裝在藥廠原裝的容器裏，容器上附有學生姓名。我理解，我所提供的所有藥物都必須以其原裝和未開封的藥物包裝盒提供。我也理解，如果上述涉及的處方或說明出現任何變化，我必須立即通知學校護士。

我理解，學生不得攜帶或自己施用任何控制藥物（controlled substances）。

我理解，這一「藥物施用表」（MAF）的有效期只持續到一個由紐約市教育局（DOE）資助的暑期教學計劃時段結束為止，或者到我將我子女的保健專業人員簽發的最新說明交給學校護士這一時間為止（以這兩者中較早的時間為準）。我遞交這份MAF表格，則表明我申請由教育局（DOE）以及紐約市健康和心理衛生局（New York City Department of Health and Mental Hygiene, 簡稱DOHMH）通過學校健康辦公室（Office of School Health, 簡稱OSH）給我的子女提供具體健康服務。我理解，這些服務可能包括由一名OSH辦公室的保健專業人員所執行的一次臨床評估和一次體檢。關於上述所要求的健康服務的全面和完整的說明列入此MAF表。我理解，與上述要求的健康服務的提供相關的學校健康辦公室及其代理機構和僱員需要本表格所提供資訊的精確性。

我理解，在MAF到期之後，一名OSH保健專業人員可能檢查我子女，以評估我子女的哮喘症狀和我子女對處方藥物所起的反應，並可能發出一份新的MAF表。如果OSH保健專業人員確定沒有必要對MAF上的要求作出改變，則該OSH保健專業人員可以發佈一份新的MAF，上面列有同樣的要求，並將在一年中到期（除非我子女的保健專業人員又發出一份新的MAF）。如果OSH保健專業人員，根據對我子女的檢查和相關醫療史而確定應當對MAF上的要求作出改變，則該OSH保健專業人員可以發佈一份新的MAF，上面列有不同的要求，並將在一年中到期（除非我子女的保健專業人員又發出一份新的MAF）。我與記錄中我子女的保健專業人員，將得到關於新的MAF頒發以及MAF上要求有任何變化的通知。我也理解，我在這份MAF到期日之前30天內為止，可以向學校護士遞交一份新的MAF，或者以書面形式反對這一檢查。直到這一截止日為止，如果我沒有給學校護士遞交一份新的MAF，或者沒有以書面形式向學校護士表示我反對由一名OSH保健專業人員對我子女進行檢查，則我的子女可能接受檢查並獲頒一份新的MAF。

我知道，這一表格並不是學校健康辦公室和教育局同意提供所申請服務的同意函，而是我要求這些服務的申請和同意函。如果這些服務被確定為有必要提供，則一份「學生照顧計劃」（Student Accommodation Plan）可能也是有必要的，將由學校填寫。

我理解，學校健康辦公室和教育局及其僱員和代理機構可以與任何給我子女提供醫療或健康服務的保健專業人員和/或藥劑師聯絡和協商並獲取任何他們認為與我子女的醫療狀況、藥物和/或療法相關的恰當額外資訊。

****學生自己用藥：請在這段簽上您姓名的首字母，讓您的子女可以自己使用 epinephrine、哮喘吸入器及其他經批准自己使用的藥物）：**

___ 我謹此證明，我的子女已經獲得全面的指導，有能力自己施用該處方藥物。我也同意我子女在學校攜帶、儲藏和自己使用上述處方藥物。我知道，我要負責給我的子女提供如此藥物：該藥物必須置於如以上所描述而標示的容器中；我要負責對我子女使用此藥物的任何和所有的監督；並負責我子女在學校使用此藥物而導致的任何或所有後果。我理解，學校護士將確認我子女是否具有以負責的方式自己攜帶和自己施用藥物的能力。另外，我同意提供一份置於一個清楚標寫的容器中的「後備」藥物，該藥物將被保存在醫務室，在我子女沒有足夠藥物自己施用的情況下備用。

___ 我同意，萬一我的子女臨時無法自己儲藏和自己施用該藥物時，學校護士可以儲存此藥物和/或給我的子女施用該藥物。

___ 我謹此證明，我已諮詢我子女的保健專業人員，並且同意學校健康辦公室在萬一我子女沒有哮喘處方藥物之際可以施用儲存的哮喘藥物。

在您的子女參加學校外出參觀的日子，您必須讓子女隨身帶上其**個人定量吸入器（MDI）**，以備您子女使用。儲存的哮喘藥物僅供您子女在學校教學樓內使用。

家長/監護人簽名	清楚填寫家長/監護人的姓名
簽名日期 ___/___/_____	家長/監護人地址
電話號碼：日間 (____) _____ - _____ 住宅 (____) _____ - _____ 手機* (____) _____ - _____	
家長/監護人電子郵箱*	
其他緊急聯絡人姓名	聯絡電話 (____) _____ - _____
DO NOT WRITE BELOW - FOR OFFICE OF SCHOOL HEALTH (OSH) USE 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"/> OSH Public Health Advisor <input type="checkbox"/> School Based Health Center
Signature and Title (RN OR MD/DO/NP):	

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)			OSIS # _____	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
<p>1. Quick Relief Medications Choose ONLY one:</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> Other Medication Order: Name: _____ Dose: _____ Route: _____ Time interval: q ____ hrs Instructions:</p>	<p><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> <p style="text-align: center;">OR</p> <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.</p> <p><input type="checkbox"/> Pre-exercise: give 2 inhalations 15 -20 minutes before exercise.</p> <p><input type="checkbox"/> URI symptoms or recent asthma flare (within 5 days): give 2 inhalations @ noon for 5 days.</p>

<p>2. Controller Medications for In-School Administration <i>(Recommended for Persistent Asthma, per NAEPP Guidelines)</i> SPECIFY Name(s) of medication</p> <p><input type="checkbox"/> Inhaled corticosteroid (ICS): _____ Strength _____ <input type="checkbox"/> MDI with spacer <input type="checkbox"/> DPI</p> <p><input type="checkbox"/> Other: _____ Strength _____ Dose: _____ Route: _____ Time interval: q _____</p>	<p><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</p> <p>Special Instructions:</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**

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