

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 <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Asthma	Control (see NAEPP Guidelines) <input type="checkbox"/> Well Controlled <input type="checkbox"/> Not Controlled <input type="checkbox"/> Unknown	Severity (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

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

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（包括非Ventolin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，這份同意函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處方或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，在上述MAF到期日的30天前，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。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可自己使用的藥物：

姓名首字母	我謹此證明，我的子女已經獲得全面指導，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；並負責我子女因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。
-------	--

姓名首字母	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。
-------	---

姓名首字母	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。儲存的藥物僅供您子女在學校教學樓內使用。

學生 姓氏	名字	MI	出生日期	學校
清楚填寫家長/監護人的姓名			家長/監護人簽名	
簽名日期		家長/監護人地址		
手機		其他電話		電郵
其他緊急聯絡人姓名			緊急聯絡電話：	

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:							
<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