

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 (____) _____
		NPI # _____	
Email Address	NYS License # (Required)		CDC and AAP strongly recommend annual influenza vaccination for all children diagnosed with asthma.

천식 약물 투여 양식

천식 약물 주치의 투약 지시 양식 | 학교 보건 담당실 | 2018-2019 학년도
제출 마감일: 7월 15일, 7월 15일 이후 양식을 제출할 경우 신학년도 서비스 제공이 지연될 수 있습니다.
학부모/보호자께서는 아래 서명해 주십시오

저는 이에 서명함으로써 다음 내용에 동의합니다:

- 저는 제 자녀의 의사 지시에 따라 학교에서 약물을 보관하고 투약하는 것에 동의합니다. 또한 저는 제 자녀의 의료에 필요한 일체의 장비를 학교에 보관하고 사용하는 것에 동의합니다.
- 저는 다음을 이해합니다:
 - 제 자녀의 약물 및 관련 장비(비-벤출린 흡입기 포함)는 반드시 제가 학교 간호사에게 제공해야 합니다.
 - 제가 학교에 제공하는 모든 처방된 또는 약국에서 구입한("over-the-counter") 약품은 개봉되지 않은 새 제품으로 제품 본래의 병이나 박스에 담긴 것이어야 합니다.** 제 자녀가 학교 외의 장소나 견학 등에서 사용할 수 있도록 별도의 약물을 준비하겠습니다.
 - 처방 약물은 반드시 박스나 병에 **교유의** 약국 라벨이 붙어 있어야 합니다. 라벨에는 반드시 다음 내용이 포함되어야 합니다: 1) 제 자녀의 성명, 2) 약국명 및 전화번호, 3) 제 자녀의 주치의 성명, 4) 날짜, 5) 리필 횟수, 6) 약물 이름, 7) 투약 용량, 8) 약물 투약 시기, 9) 투약 방법 및 10) 기타 사항.
 - 제 자녀의 약물이나 주치의 지시 내용에 변동이 있을 경우 저는 **즉시** 학교 간호사에게 이 사실을 알려야 합니다.
 - OSH 및 제 자녀에게 보건 서비스(들)를 제공하는 그 대행기관들은 본 양식의 정확성에 의존하고 있습니다.
 - 본 투약 허가 양식(MAF)에 서명함으로써, 학교 보건 담당실(OSH)은 제 자녀에게 보건 서비스를 제공할 수 있습니다. 이러한 서비스에는 OSH 의사 또는 간호사가 실시하는 임상 평가나 신체 검사 등이 포함될 수 있습니다.
 - 본 MAF 에 명시된 투약 지시의 시효는 제 자녀의 학년도(써머 세션 포함 가능)말, 또는 제가 학교 간호사에게 신규 MAF 를 제공하는 시점(둘 중에 더 빠른 시점)을 기준으로 종료됩니다.
 - 본 투약 지시 효력이 말소되면, 저는 학교 간호사에게 제 자녀의 주치의가 작성한 신규 MAF 를 제출하겠습니다. 이렇게 하지 않을 경우, 제가 OSH 소속 의사가 제 자녀를 검진하는 것을 원치 않는다는 내용의 서한을 학교 간호사에게 제출하지 않는 이상, OSH 소속 의사가 제 자녀의 검진을 실시할 수 있습니다. OSH 소속 의사는 제 자녀의 천식 증상 및 처방 받은 천식 약물에 대한 반응을 평가할 수 있습니다. OSH 소속 의사는 투약 명령이 이전과 동일하게 유지될 것인지, 변경되어야 하는지 결정을 내릴 것입니다. OSH 소속 의사는 제 자녀가 OSH 를 통해 계속해서 보건 서비스를 받을 수 있도록 신규 MAF 를 작성할 수 있습니다. OSH 가 이러한 신규 천식 MAF 를 작성함에 있어 저희 서명을 필요하지 않습니다. OSH 소속 의사가 제 자녀의 신규 MAF 를 작성한 경우, OSH 소속 의사는 저와 제 자녀의 주치의에게 이 사실을 알리기 위해 시도할 것입니다.
 - 본 양식은 저의 동의 및 본 양식에 명시된 천식 대처 서비스 요청을 대변합니다. 그러나 이것은 OSH 에서 요청된 서비스를 제공하는 것에 동의함을 뜻하지는 않습니다. 만약 OSH 에서 이러한 서비스를 제공하기로 결정할 경우, 제 자녀는 학생 조정 계획도 필요하게 될 것입니다. 이 계획은 학교에서 작성합니다.
 - OSH 는 제 자녀의 상태나 투약 또는 치료에 관해 필요하다고 생각되는 추가 정보를 입수할 수 있습니다. OSH 는 이러한 정보를 제 자녀에게 보건 서비스를 제공한 적이 있는 그 어떤 의사, 간호사, 약사로부터도 입수할 수 있습니다.
 - 학교 간호사가 없을 경우, 학교에서는 제가 학교에 직접 가서 제 자녀에게 투약하도록 연락할 수 있습니다.

약물 자가 투여:

- 저는 제 자녀가 혼자서 투약할 수 있도록 완전하게 훈련 받았음을 인증/확인합니다. 저는 제 자녀가 본 양식에 명시된 약물을 혼자서 학교에 가져가고, 보관하고 투약하는 것에 동의합니다. 저는 상기 명시된 약물을 병이나 상자에 담아 제 자녀에게 주는 것에 관한 온전한 책임을 지고 있습니다. 또한 저는 제 자녀의 약물 사용 모니터 및 자녀가 학교에서 본 약물을 사용함으로써 야기되는 모든 결과에 대한 책임을 지겠습니다. 학교 간호사는 제 자녀가 스스로 이 약물을 소지하고 투약할 수 있는 능력에 관해 확인해 줄 것입니다. 또한 저는 학교에 "비상" 약품을 명확히 라벨이 부착된 병이나 상자에 담아 제공하는 것에 동의합니다.
- 저는 제 자녀가 일시적으로 해당 약품을 자가 투여하지 못할 때를 대비하여 학교 간호사나 훈련된 학교 직원이 투약하는 것에 동의 합니다.
- 저는 제 자녀의 천식 약물이 없을 경우 OHS 가 비축 약품을 투여하는 것에 동의하며, 이 사실을 의사와 의논하였음을 인증/확인합니다.

주의: 비축 약품을 사용할 것을 선택했다면, 귀하는 반드시 자녀의 천식 흡입기, 에피네프린 및 기타 승인된 자가 투약품을 학교 견학 및/또는 방과 후 프로그램에서 자녀가 사용할 수 있도록 보내셔야 합니다. 비축 약품은 OSH 에 의해 교내에서만 사용될 수 있습니다.

학생 성	이름	미들네임	생년월일
학부모/보호자 성명(인쇄체)	여기에 서명 →		서명
서명일	학부모/보호자의 주소		
휴대전화 번호	기타 전화	이메일	
기타 비상 연락처 성명		비상시 연락 전화번호	

For Office of School Health (OSH) Use Only / 학교 보건 담당실(OSH) 작성란

OSIS Number:		<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"/> School Based Health Center	<input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor (For supervised students only) <input type="checkbox"/> OSH Asthma Case Manager (For supervised students only)		
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.		

*기밀 정보는 이메일로 보내지 마십시오