

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

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	<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 (____) _____
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

আমি এতদ্বারা আমি আমার ছেলেমেয়ের চিকিৎসকের পরামর্শ অনুযায়ী ঔষধ সংরক্ষণ ও সেবন করানোর এবং একই সাথে ঔষধ প্রয়োগের জন্য প্রয়োজনীয় যন্ত্র সংরক্ষণ ও তা ব্যবহার করে ঔষধ প্রদানের অনুমোদন দিচ্ছি। আমি জানি যে, আমাকে অবশ্যই স্কুলের কাছে ভেন্টোলিন ব্যতীত অন্যান্য ইনহেলারসহ চিকিৎসা পরিচালনার জন্য প্রয়োজনীয় সরঞ্জামাদি ও ঔষধ পৌঁছে দিতে হবে যাতে তারা তা ব্যবহার করতে পারেন। ঔষধ ফার্মেসি থেকে যে পাত্রে সরবরাহ করা হয় (স্কুলের বাইরে আমার সন্তানের ব্যবহারের জন্য এরকম আরেকটি পাত্র আমাকে সংগ্রহ করতে হবে) তাতে যথোপযুক্ত লেবেল লাগিয়ে দিতে হবে; ব্যবস্থাপত্রে প্রদত্ত ঔষধের লেবেল-এ অবশ্যই শিক্ষার্থীর নাম এবং ফার্মেসির ফোন নম্বর, লাইসেন্সধারী ব্যবস্থাপত্র প্রদানকারীর নাম, তারিখ ও রিফিল সংখ্যা, ঔষধের নাম, ডোজ, কতো ঘন ঘন ঔষধ প্রদান করতে হবে, কিভাবে ঔষধ প্রয়োগ করতে হবে এবং/অথবা অন্যান্য নির্দেশনা; কাউন্টার থেকে ব্যবস্থাপত্র ছাড়া কেনা ঔষধ ও ড্রাগের নমুনা অবশ্যই প্রস্তুতকারকের মূল পাত্রে থাকতে হবে যাতে শিক্ষার্থীর নাম উল্লেখ থাকবে। **আমি জানি যে সরবরাহকৃত সকল ঔষধ অবশ্যই এর আসল এবং উন্মুক্ত নয় এমন বাস্তবে করে সরবরাহ করতে হবে।** আমি আরও জানি যে, ব্যবস্থাপত্রে বা উপরে বর্ণিত নির্দেশনায় কোনো পরিবর্তন হলে আমাকে অবশ্যই সাথে সাথে স্কুল নার্সকে জানাতে হবে।

আমি জানি যে কোনো শিক্ষার্থীকেই নিম্নলিখিত ঔষধ বহন করতে বা নিজে নিজে সেবন করতে দেওয়া হবে না। আমি জানি যে, এই সম্মতি শুধুমাত্র নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব অ্যাডুকেশন (“DOE”) কর্তৃক আয়োজিত গ্রীষ্মকালীন শিক্ষা কর্মসূচির সেশনের শেষ সময় পর্যন্ত; অথবা সেই সময়ের জন্য বৈধ যখন আমি স্কুল নার্সের কাছে আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী কর্তৃক ইস্যুকৃত নতুন স্বাস্থ্য বিধান বা নির্দেশিকা সরবরাহ করব (যেটিই আগে হোক না কেন)। এই এমএফ(MAF) জমা দিয়ে আমি অনুরোধ করছি যে, আমার সন্তানকে যেন DOE এবং নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ অ্যান্ড মেন্টাল হাইজিন (DOHMH)-এর অফিস অব স্কুল হেলথ (OSH)-এর মাধ্যমে সুনির্দিষ্ট স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদান করা হয়। আমি জানি যে, এইসব পরিষেবার মধ্যে অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে OSH স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী কর্তৃক চিকিৎসা সংক্রান্ত মূল্যায়ন এবং শারীরিক পরীক্ষা। উপরে অনুরোধকৃত স্বাস্থ্য পরিষেবা সংক্রান্ত বিধানের সম্পূর্ণ নির্দেশনা এই MAFএর অন্তর্ভুক্ত আছে। আমি জানি যে, ওএসএইচ(OSH) এবং তাদের এজেন্টগণ, এবং উপরে অনুরোধকৃত স্বাস্থ্য পরিষেবা সংক্রান্ত বিধানের সাথে সংশ্লিষ্ট কর্মচারীরা এই ফরম-এ প্রদত্ত তথ্যের যথাযথতার উপর নির্ভর করেন। আমি বুঝি যে, উপরে উল্লেখিত MAF মেয়াদোত্তীর্ণের তারিখের 30 দিন পূর্বে, একজন OSH স্বাস্থ্য পরিষেবা পরিকল্পনাকারী আমার সন্তানের হাঁপানির লক্ষণসমূহ এবং নির্দেশিত ঔষধের প্রতিক্রিয়া যাচাই করার জন্য আমার সন্তানকে পরীক্ষা করে দেখবেন এবং একটি নতুন MAF ইস্যু করতে পারবেন। যদি OSH স্বাস্থ্য পরিষেবা পরিকল্পনাকারী নির্ধারণ করে যে MAF আদেশে কোনো পরিবর্তন প্রয়োজন নাই, OSH স্বাস্থ্য পরিষেবা পরিকল্পনাকারী একই আদেশসহ নতুন MAF ইস্যু করতে পারে যা আমার স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী নতুন MAF ইস্যু না করা পর্যন্ত অর্থাৎ এক বছর পর বাতিল বিবেচিত হবে। আমার সন্তানের ওপর পরিচালিত পরীক্ষা ও প্রাসঙ্গিক চিকিৎসা সংক্রান্ত অতীত রেকর্ডসমূহের ভিত্তিতে যদি একজন OSH স্বাস্থ্য পরিষেবা পরিকল্পনাকারী নির্ধারণ করেন যে MAF এ উল্লেখিত নির্দেশনাগুলোর পরিবর্তনের প্রয়োজন, তবে তিনি ভিন্ন নির্দেশনা সম্বলিত একটি নতুন MAF ইস্যু করতে পারেন। আমি এবং আমার সন্তানের স্বাস্থ্য পরিষেবা পরিকল্পনাকারীর রেকর্ড অনুযায়ী, নতুন MAF ইস্যু সংক্রান্ত বিষয়ে এবং MAF আদেশে যেকোনো পরিবর্তন সম্পর্কে অবহিত থাকব। আমি আরও জানি যে, নতুন MAF জমাদানের আগে এই MAF বাতিল পর্যন্ত অথবা নার্সের কাছে এই পরীক্ষা সম্পর্কে লিখিতভাবে কোনো আপত্তি জানানোর জন্য আমার 30 দিন সময় থাকবে। আমি যদি এই শেষ তারিখ নাগাদ স্কুল নার্সের কাছে নতুন MAF জমা না দেই অথবা লিখিতভাবে তাকে না জানাই যে, একজন OSH স্বাস্থ্য পরিষেবা পরিকল্পনাকারী কর্তৃক আমার সন্তানকে পরীক্ষা করানোর ব্যাপারে আপত্তি আছে, তখন আমার সন্তানকে পরীক্ষা করে একটি নতুন MAF ইস্যু করা হতে পারে। আমি এটি উপস্থাপন করি যে, এই ফরমটি OSH এবং DOE কর্তৃক অনুরোধকৃত পরিষেবা প্রদানের কোনো চুক্তিপত্র নয় বরং এই ধরনের পরিষেবাগুলির জন্য আমার অনুরোধ/সম্মতি মাত্র। যদি স্থির করা হয় যে এসব পরিষেবা আবশ্যিক, একজন শিক্ষার্থীর আবাসন পরিকল্পনা তৈরিও প্রয়োজনীয় হতে পারে এবং তা স্কুল কর্তৃক সম্পাদিত হবে। আমি এতদ্বারা OSH এবং DOE এবং তাদের কর্মচারী ও এজেন্টগণকে প্রয়োজন মনে করলে আমার সন্তানের শারীরিক অবস্থা, ঔষধ এবং/অথবা চিকিৎসা সংক্রান্ত বিষয়ে আমার সন্তানের চিকিৎসা বা স্বাস্থ্য পরিষেবা পরিকল্পনাকারী এবং/অথবা ফার্মাসিস্টদের সাথে যোগাযোগ, আলোচনা ও বাড়তি তথ্য সংগ্রহ করার অনুমোদন দিচ্ছি।

ঔষধের স্ব-পরিচালন:

এপিনেফ্রাইন, হাঁপানি ইনহেলার এবং অন্যান্য ঔষধের একটি অনুমোদিত স্ব-পরিচালিত ব্যবহারের জন্য এই অনুচ্ছেদটির সাহায্য নিন।

প্রাথমিক আমি এতদ্বারা এই মর্মে ঘোষণা দিচ্ছি যে, আমার সন্তান এই ঔষধের স্ব-পরিচালিত ব্যবহার করতে সম্পূর্ণরূপে সক্ষম এবং তাকে এটি করার পূর্ণ নির্দেশনা দেয়া হয়েছে। এছাড়াও আমি আমার সন্তানকে উপরোক্ত চিকিৎসক নির্দেশিত ঔষধ স্কুলে বহন, সংরক্ষণ এবং নিজে নিজে ব্যবহার করার অনুমোদন দিচ্ছি। আমি স্বীকার করছি যে আমি আমার সন্তানকে এ ধরনের ঔষধের পাত্রের গায়ে উপরে প্রদত্ত বর্ণনা অনুযায়ী লেবেল লাগানোর জন্য, আমার সন্তানের পৃথকভাবে প্রত্যেকটির এবং সবগুলোর ব্যবহারের জন্য, একই সাথে স্কুলে পৃথকভাবে প্রত্যেকটির এবং সবগুলোর এ ধরনের ব্যবহারের ফলে সংঘটিত কোনো অবস্থার জন্য আমি নিজেই দায়বদ্ধ থাকব। আমি জানি যে স্কুল নার্স স্কুলে আমার সন্তানের ঔষধ বহনে সক্ষমতা আছে কি না এবং সে স্কুলে তা দায়িত্বশীলতার সাথে স্ব-পরিচালিত করতে পারবে কি না, তা নিশ্চিত হবেন। তদুপরি, আমার সন্তানের কাছে নিজে নিজে সেবন করার ঔষধে যাতে কখনও ঘাটতি না পড়ে সেজন্য আমি মেডিকেল রুম রাখার জন্য একটি স্পষ্ট লেবেলযুক্ত বোতলে “মজুদ” ঔষধ দিতে সম্মতি প্রকাশ করছি।

প্রাথমিক যদি এমন কোনো পরিস্থিতির উদ্ভব হয় যেখানে আমার সন্তান এ ধরনের ঔষধ স্ব-প্রয়োগ বা স্ব-পরিচালিত ব্যবহার করতে সাময়িকভাবে অক্ষম তবে সেই ক্ষেত্রে আমি স্কুলের নার্স দ্বারা আমার সন্তানকে এ ধরনের ঔষধ প্রয়োগ এবং/অথবা পরিচালনার সম্মতি প্রাপ্ত করছি।

প্রাথমিক আমি এতদ্বারা এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, আমি আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবামূলক চিকিৎসকের সাথে পরামর্শ করেছি এবং হাঁপানির জন্য আমার সন্তানের নির্দেশিত ঔষধ পাওয়া না গেলে সেক্ষেত্রে স্কুল স্বাস্থ্য দপ্তর দ্বারা সংরক্ষিত ঔষধ পরিচালনা করার সম্মতি প্রাপ্ত করেছি।

এখানে স্বাক্ষর করুন

স্কুল ড্রিপের দিনে আপনাকে অবশ্যই আপনার সন্তানের সাথে আপনার সন্তানের ব্যবহৃত মিটার ডোজ ইনহেলার (MDI) পাঠাতে হবে যাতে তার জন্য এটি সহজলভ্য হয়। আপনার সন্তান স্কুলে থাকাকালীন সময়েই শুধুমাত্র মজুদ ঔষধ ব্যবহার করতে পারে।

শিক্ষার্থীর নামের শেষ অংশ	নামের প্রথম অংশ	নামের মধ্যমাংশ	জন্মতারিখ:	স্কুল
পিতামাতা/অভিভাবকের নাম লিখুন			পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর	
স্বাক্ষর দেওয়ার তারিখ	পিতামাতা/অভিভাবকের ঠিকানা			
সেল ফোন	বিকল্প ফোন	ইমেইল		
বিকল্প জরুরি যোগাযোগকারীর নাম			জরুরিকালীন যোগাযোগ ফোন নম্বর	

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	<input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor*	<input type="checkbox"/> OSH Asthma Case Manager*
Supervised Student* <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Signature and Title (RN OR MD/DO/NP):			<input type="checkbox"/> IEP
Revisions per OSH after consultation with prescribing health care practitioner:			
*Respiratory Distress: includes breathlessness at rest, tachypnea, cyanosis, pallor, hunching forward, nasal flaring, accessory respiratory muscle use, abdominal breathing, shallow rapid breathing, mouthings words, wheezing throughout expiration and inspiration or decreased or absent breath sounds, agitation, drowsiness, confusion or exceptionally quiet appearance.			

FAX COMPLETED FORMS TO 347-396-8945