

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

**INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS**

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

**পিতামাতা/অভিভাবকের সম্মতি**

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 ভেন্টোলিনভিন্ন ইনহেলারসহ প্রয়োজনীয় যন্ত্র 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 আমি কোন অ্যাজমা ইনহেলার প্রদান করলে সেটাকে তার মূল এবং অন্যান্যোচিত ঔষধের বক্স-এ দিতে হবে। আমি আরও জানি যে, ব্যবস্থাপত্রে বা উপরে বর্ণিত নির্দেশনায় কোন পরিবর্তন হলে আমাকে অবশ্যই সাথে সাথে প্রিন্সিপ্যাল এবং/অথবা দায়িত্বপ্রাপ্ত ব্যক্তিকে বিশেষ করে স্কুল নার্সকে জানাতে হবে।

**আমি জানি যে কোন শিক্ষার্থীকেই নিয়ন্ত্রিত ঔষধ বহন করতে বা নিজে নিজে সেবন করতে দেওয়া হবে না।**

আমি জানি যে, এই এমএএফ শুধুমাত্র নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অফ এডুকেশন (“ডিওই”) কর্তৃক আয়োজিত সামান্য শিক্ষা কর্মসূচির সেশনের জন্য বৈধ; অথবা ঐ সময় পর্যন্ত যখন আমি স্কুল নার্সের কাছে আমার সন্তানের স্বাস্থ্য প্রযুক্তি প্রদানকারী কর্তৃক ইস্যুকৃত (যেটিই আগে হোক না কেন) নতুন শিক্ষা নির্দেশনা না পাঠাই। এই এমএএফ জমা দিয়ে আমি অনুরোধ করছি যে, আমার সন্তানকে যেনো ডিপার্টমেন্ট এবং নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ অ্যান্ড মেন্টাল হাইজিন (“ডিওইএইচএমএইচ”) এর অফিস অব স্কুল হেলথ (“ওএসএইচ”) এর মাধ্যমে সুনির্দিষ্ট স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদান করা হয়। আমি জানি যে, এইসব পরিষেবার মধ্যে অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে ওএসএইচ স্বাস্থ্য প্রযুক্তি প্রদানকারী কর্তৃক চিকিৎসা সংক্রান্ত মূল্যায়ন এবং শারীরিক পরীক্ষা। উপরে অনুরোধকৃত স্বাস্থ্যপরিষেবা সংক্রান্ত বিষয়ের সম্পূর্ণ নির্দেশনা এই এমএএফ-এর অন্তর্ভুক্ত আছে। আমি জানি যে, ওএসএইচ এবং তাদের এজেন্টগণ, এবং উপরে অনুরোধকৃত স্বাস্থ্যপরিষেবা সংক্রান্ত বিষয়ের সাথে সংশ্লিষ্ট কর্মচারীরা এই ফরম-এ প্রদত্ত তথ্যের যথার্থতার উপর নির্ভর করেন।

আমি জানি যে, এমএএফ-এর শেষ তারিখের পরে, কোন ওএসএইচ স্বাস্থ্য প্রযুক্তি প্রদানকারী আমার সন্তানকে তার হাঁপানির লক্ষণ এবং পরামর্শকৃত ঔষধ কেমন কাজ করছে তা জানার জন্য তাকে মূল্যায়ন এবং নতুন এমএএফ ইস্যু করতে পারে। যদি ওএসএইচ স্বাস্থ্য প্রযুক্তি প্রদানকারী নির্ধারণ করে যে এমএএফ আদেশে কোন পরিবর্তন প্রয়োজন নাই, ওএসএইচ স্বাস্থ্য প্রযুক্তি প্রদানকারী একই আদেশসহ নতুন এমএএফ ইস্যু করতে পারে যা আমার স্বাস্থ্য প্রযুক্তি প্রদানকারী নতুন এমএএফ ইস্যু না করা পর্যন্ত অর্থাৎ এক বছর পর বাতিল বিবেচিত হবে। যদি ওএসএইচ স্বাস্থ্য প্রযুক্তি প্রদানকারী নির্ধারণ করে যে এমএএফ আদেশে কোন পরিবর্তন প্রয়োজন নাই, ওএসএইচ স্বাস্থ্য প্রযুক্তি প্রদানকারী একই আদেশসহ নতুন এমএএফ ইস্যু করতে পারে যা আমার সন্তানের স্বাস্থ্য প্রযুক্তি প্রদানকারী নতুন এমএএফ ইস্যু না করা পর্যন্ত অর্থাৎ এক বছর পর বাতিল বিবেচিত হবে। আমি, এবং আমার সন্তানের রেকর্ডকৃত স্বাস্থ্য প্রযুক্তি প্রদানকারী নতুন এমএএফ ইস্যু সংক্রান্ত বিষয়ে এবং এমএএফ আদেশে যেকোন পরিবর্তন সম্পর্কে অবহিত থাকবো। আমি এও জানি যে, নতুন এমএএফ জমাদানের আগে এই এমএএফ বাতিল পর্যন্ত অথবা নার্সের কাছে এই পরীক্ষা সম্পর্কে লিখিতভাবে কোন আপত্তি জানানোর জন্য আমার ৩০ দিন সময় থাকবে। আমি যদি এই শেষ তারিখ নাগাদ স্কুল নার্সের কাছে নতুন এমএএফ জমা না দেই, অথবা লিখিতভাবে তাকে না জানাই যে, একজন ওএসএইচ স্বাস্থ্য প্রযুক্তি প্রদানকারী কর্তৃক আমার সন্তানকে পরীক্ষা করানোর ব্যাপারে আপত্তি আছে, আমার সন্তানকে পরীক্ষা করে একটি নতুন এমএএফ ইস্যু করা হতে পারে।

এই ফরমটি যে অনুরোধকৃত পরিষেবা প্রদানের জন্য ওএসএইচ এবং ডিওই-এর কোন চুক্তি নয়, বরং এটি এসব পরিষেবার জন্য আমার অনুরোধ, সম্মতি এবং অনুমোদন। যদি স্থির করা হয় যে এসব পরিষেবা আবশ্যিক, একটি স্টুডেন্ট অ্যাকমোডেশন প্ল্যান তৈরি (শিক্ষার্থীর জন্য পরিকল্পিত বাড়তি সুযোগ) প্রয়োজনীয় হতে পারে এবং তা স্কুল কর্তৃক সম্পাদিত হবে।

আমি এতদ্বারা ওএসএইচ এবং ডিওই এবং তাদের কর্মচারী ও এজেন্টগণকে প্রয়োজন মনে করলে আমার সন্তানের শারীরিক অবস্থা, ঔষধ এবং/অথবা চিকিৎসা সংক্রান্ত বিষয়ে আমার সন্তানের চিকিৎসা বা স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী এবং/অথবা ফার্মাসিস্টদের সাথে যোগাযোগ, আলোচনা ও বাড়তি তথ্য সংগ্রহ করার অনুমোদন দিচ্ছি।

**\*\*নিজে দেয়া ওষুধ: অ্যাজমা ইনহেলার এবং নিজে নিজে প্রয়োগ করা যায় এমন অন্যান্য অনুমোদিত ঔষধের অনুমোদন দিতে এই**

**প্যারাগ্রাফে নামের আদ্যাঙ্ক লিখে সই দিন:**

\_\_\_\_\_ আমি এই মর্মে প্রত্যয়ন করছি যে আমার সন্তানকে ব্যবস্থাপত্রে প্রদত্ত ঔষধ নিজে নিজে প্রয়োগ সম্পর্কে সম্পূর্ণ নির্দেশনা দেওয়া হয়েছে। এছাড়াও আমি আমার সন্তানকে উপরোক্ত চিকিৎসক নির্দেশিত ঔষধ স্কুলে বহন করা, সংরক্ষণ করা এবং নিজে নিজে ব্যবহার করার অনুমোদন দিচ্ছি। আমি স্বীকার করছি যে আমি আমার সন্তানকে এ ধরনের ঔষধের পাত্রে গায়ে উপরে প্রদত্ত বর্ণনা অনুযায়ী লেবেল লাগানোর জন্য, আমার সন্তানের পৃথকভাবে প্রত্যেকটির এবং সবগুলোর ব্যবহার নজরদারি করার জন্য, একই সাথে স্কুলে পৃথকভাবে প্রত্যেকটির এবং সবগুলোর ব্যবহারের ফলে সংঘটিত কোন অবস্থার জন্য আমি নিজেই দায়বদ্ধ থাকবো। আমি জানি যে স্কুল নার্স স্কুলে আমার সন্তানের ঔষধ বহনে সক্ষমতা আছে কি না এবং সে স্কুলে তা দায়িত্বশীলতার সাথে করতে পারবে কি না, তা নিশ্চিত করেন। তদুপরি, আমার সন্তানের কাছে নিজে নিজে সেবন করার ঔষধে যাতে কখনও ঘাটতি না পড়ে, সেজন্য আমি মেডিকেল রুম রাখার জন্য একটি স্পষ্ট লেবেলযুক্ত বোতলে “মওজুদ” ঔষধ দিতে সম্মতি প্রকাশ করছি।

\_\_\_\_\_ আমি স্কুলের প্রিন্সিপ্যাল, দায়িত্বপ্রাপ্ত ব্যক্তি এবং স্কুল নার্সকে অনুমোদন দিচ্ছি যে, কোন কারণে যদি আমার সন্তান নিজের কাছে ঔষধ বহন করতে ও সেবন করতে ব্যর্থ হয়, তখন তারা আমার সন্তানের এ ধরনের ঔষধ সংরক্ষণ করতে এবং/অথবা সেবন করতে পারবেন।

\_\_\_\_\_ আমি এতদ্বারা প্রত্যয়ন করছি যে, আমি আমার সন্তানের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর সাথে কথা বলেছি এবং কোন সময় যদি আমার সন্তানের ব্যবস্থাপত্রে দেওয়া অ্যাজমার ঔষধ সঙ্গে না থাকে, তখন আমার সন্তানকে মওজুদ ভেন্টোলিন প্রদান করার জন্য আমি অফিস অব স্কুল হেলথকে অনুমোদন দিচ্ছি।

স্কুলের সফরের দিনে আপনাকে অবশ্যই আপনার সন্তানের পারসোনাল মিটার্ড ডোজ ইনহেলার (এমডিআই) তার সঙ্গে দিতে হবে যাতে ওটা তার সঙ্গে থাকে।

স্টক ভেন্টোলিন কেবলমাত্র আপনার সন্তান যখন স্কুলে বসে থাকবে তখন ব্যবহৃত হবে।

# ASTHMA

## MEDICATION ADMINISTRATION FORM - OFFICE OF SCHOOL HEALTH

Authorization for Administration of Medication to Students for School Year 2016-2017

পিতামাতা/অভিভাবকের সই	পিতামাতা/অভিভাবকের নাম স্পষ্ট হরফে লিখুন
সইয়ের তারিখ ___/___/_____	পিতামাতা/অভিভাবকের ঠিকানা
ফোন নম্বর: দিনের (____) _____ - _____ বাড়ি (____) _____ - _____ সেল ফোন * (____) _____ - _____	
পিতামাতা/অভিভাবকের ইমেইল ঠিকানা*	
বিকল্প জরুরি যোগাযোগের নাম	যোগাযোগের ফোন নম্বর (____) _____ - _____
নিচে লিখবেন না - কেবলমাত্র অফিস অভ স্কুল হেলথ (OSH)- এর ব্যবহার জন্য (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"/> DOHMH Public Health Advisor <input type="checkbox"/> School Based Health Center
Signature and Title (RN OR MD):	

# 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)			DOE District	Grade

**THE FOLLOWING SECTIONS ARE TO BE COMPLETED BY STUDENT'S HEALTH CARE PRACTITIONER**

<b>Diagnosis</b>	<b>Select Asthma Severity and Control</b>				
<input type="checkbox"/> Asthma	<b>Severity:</b>	<input type="checkbox"/> Intermittent	<input type="checkbox"/> Mild Persistent	<input type="checkbox"/> Moderate Persistent	<input type="checkbox"/> Severe Persistent
Other:	<b>Control:</b>	<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	<b>History of asthma-related:</b>
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) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U</span>
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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U</span>
Date last oral steroids received: ____/____/____				Hospitalizations within past 12 months: ____ times <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U</span>
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><b>1. Quick Relief Medications</b> Choose <b>ONLY</b> one:</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Albuterol</b> [Ventolin® can be provided by school for shared usage (plus individual spacer): <b>see back</b>].  <input type="checkbox"/> MDI with spacer <input type="checkbox"/> DPI</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Other Medication Order:</b>          Name: _____ Dose: _____ Route: _____ Time interval: q ____ hrs  <b>Instructions:</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Standard Order:</b>          Give <b>2 inhalations</b> 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 <b>ONCE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>OR</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>If in Respiratory distress*:</b> call 911 and give <b>6 inhalations</b>; then may repeat 6 inhalations q 20 minutes until EMS arrives.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Pre-exercise:</b> give <b>2 inhalations</b> 15 -20 minutes before exercise.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>URI symptoms or recent asthma flare (within 5 days):</b> give <b>2 inhalations @ noon</b> for 5 days.</p>
--	---

<p><b>2. Controller Medications for In-School Administration</b>  <i>(Recommended for Persistent Asthma, per NAEPP Guidelines)</i>  <b>SPECIFY Name(s) of medication</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Inhaled corticosteroid (ICS):</b> _____ Strength _____  <input type="checkbox"/> MDI with spacer <input type="checkbox"/> DPI</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Other:</b> _____ Strength _____          Dose: _____ Route: _____ Time interval: q _____</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Standing daily dose:</b>          ____ inhalations <i>once a day</i> at ____ AM OR ____ PM <b>OR</b>          ____ inhalations <i>twice a day</i> at ____ AM and ____ PM</p> <p><b>Special Instructions:</b></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**

<b>HOME Medications (include over-the counter)</b>	<b>For Office of School Health (OSH) Only</b>
	Revisions per OSH after consultation with prescribing practitioner. <input type="checkbox"/> IEP
	<b>*Respiratory Distress:</b> 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. (____)____-____	<b>CDC and AAP strongly recommend annual influenza vaccination for all children diagnosed with asthma.</b>
NYS License # (Required) _____	Medicaid# _____		NPI # _____	

**INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS**