

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

FORMULAIRE D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENT CONTRE L'ASTHME

Formulaire de prescription de médicaments contre l'asthme du prestataire | Bureau de la Santé Scolaire | Année scolaire 2018-2019

DATE LIMITE DE DÉPÔT : 15 JUILLET. Les formulaires présentés après le 15 juillet pourraient causer du retard dans leur traitement pour la nouvelle année scolaire.

PARENTS/TUTEURS RENSEIGNEZ LES RUBRIQUES CI-APRÈS

En apposant ma signature ci-après, je conviens de ce qui suit :

1. Je consens à ce que les médicaments de mon enfant soient gardés et lui soient administrés dans l'établissement selon les instructions de son médecin. Je consens également à ce que tout équipement qui serait nécessaire à l'administration des médicaments de mon enfant soit gardé et utilisé dans l'établissement.
2. Je sais que :
 - Je dois donner à l'infirmier(ère) de l'école les médicaments de mon enfant et l'appareil pour leur administration, notamment les inhalateurs qui ne servent pas à l'administration de la Ventoline.
 - **Tous les médicaments prescrits ou en vente libre que je remets à l'école doivent être nouvellement achetés et non-entamés dans l'emballage que je les ai achetés.** J'achèterai un autre médicament pour que mon enfant puisse prendre lorsqu'il n'est pas en classe ou lorsqu'il va en sortie scolaire.
 - Il faut qu'il y ait sur la boîte ou le flacon du médicament prescrit l'étiquette de la pharmacie où vous l'avez acheté. Il sera inscrit sur l'étiquette : 1) le nom de mon enfant, 2) le nom de la pharmacie et son numéro de téléphone, 3) le nom du médecin de mon enfant, 4) la date 5) le nombre de renouvellement de l'ordonnance, 6) le nom du médicament, 7) la posologie, 8) quand prendre le médicament, 9) le mode d'administration du médicament et 10) toutes autres instructions.
 - Je dois **tout de suite** dire à l'infirmier(ère) de l'école tout changement ayant trait au médicament de mon enfant ou aux instructions de son médecin.
 - Le Bureau de la santé scolaire (OSH) et le personnel de ce bureau offrant des soins à mon enfant s'en tiennent à l'exactitude des informations portées sur ce formulaire.
 - En signant ce formulaire pour l'administration de médicament (MAF), l'OSH peut fournir des soins médicaux à mon enfant. Au nombre de ces services on peut inclure une évaluation clinique et un examen médical par un professionnel de santé ou un infirmier de l'OSH.
 - L'ordonnance sur ce MAF expire à la fin de l'année scolaire de mon enfant, période où l'on peut inclure la session d'été, ou la date sur le nouveau MAF remis à l'infirmier de l'école quand je lui en donne un (selon l'évènement survenant le premier).
 - Lorsque l'ordonnance médicale arrive à expiration, je donnerai à l'infirmier(ère) de mon enfant un autre MAF que le médecin de mon enfant aura rempli. Si je ne le fais pas, il se peut qu'un professionnel de la santé d'OSH examine mon enfant à moins que je présente une lettre indiquant que je ne veux pas qu'un de ces professionnels l'examine. Ce spécialiste peut évaluer les symptômes que manifeste mon enfant lors d'une de ses crises et ses réactions suite à l'administration de médicaments prescrits pour contrôler l'asthme. Ce professionnel de la santé d'OSH peut décider de prescrire les mêmes médicaments ou les changer. Ce médecin remplira un nouveau MAF pour que par le biais d'OSH mon enfant puisse encore bénéficier des services. Je n'aurai pas à apposer ma signature sur des formulaires pour qu'OSH puisse remplir d'autres MAF. Au cas où le professionnel de santé d'OSH remplirait un nouveau MAF pour mon enfant, il s'avisera d'en informer le médecin de ce dernier ainsi que moi.
 - Ce formulaire fait état de mon consentement et ma requête pour que les services inscrits sur le dit formulaire soient offerts pour contrôler l'asthme. Il ne s'agit pas de l'acquiescement de l'OSH pour l'administration des services demandés. Si l'OSH se décide à les administrer, il se peut qu'il faut également à mon enfant un Plan scolaire d'aménagements. L'établissement scolaire mettra au point ce plan.
 - L'OSH est en droit d'obtenir toute autre information qu'il estime être nécessaire relative aux problèmes de santé, médicaments ou au traitement de mon enfant. Il peut recueillir ces informations de tout professionnel de la santé, d'infirmier, ou de pharmacien ayant offert des services à mon enfant.
 - Si l'infirmier(ère) de l'école n'est pas disponible, il se peut que l'école me contacte pour me demander de m'y rendre pour donner les médicaments à mon enfant.

PRISE DE MÉDICAMENT(S) AUTONOME :

- Je déclare/j'atteste que j'ai dûment appris à mon enfant comment prendre son médicament. Je consens à ce que mon enfant porte dans son cartable à l'école le médicament qui lui a été prescrit sur ce formulaire, qu'il le conserve et se l'administre. J'ai la responsabilité de donner à mon enfant ce médicament mis en flacon ou boîte comme décrit plus haut. Je dois également faire un suivi de l'utilisation du médicament, et de toutes les réactions qui surviennent après que mon enfant ait utilisé ce médicament à l'école. L'infirmier(ère) attestera de l'aptitude de mon enfant à conserver son médicament et se l'administrer. Je consens également à donner à l'école un autre flacon ou autre boîte muni(e) d'une étiquette bien lisible du médicament au cas où l'autre donné(e) préalablement ferait défaut.
- En outre, j'accepte que l'infirmier(ère) de l'école ou tout membre du personnel ayant eu la formation requise administre le médicament à mon enfant s'il ne peut pas à ce moment là-le faire lui-même.
- Je déclare/j'atteste avoir consulté le professionnel de santé de mon enfant et je consens à ce que l'OSH lui administre son médicament conservé en réserve au cas où le médicament prescrit pour contrôler l'asthme de mon enfant ferait défaut.

NOTE : Si vous vous décidez à utiliser les médicaments en réserve, il faudra que vous donniez à votre enfant un inhalateur à utiliser en cas de crise asthmatique, un stylo d'épinéphrine, et d'autres médicaments approuvés qu'il peut s'administrer lorsqu'il va en sortie scolaire et/ou aux activités planifiées après les heures régulières de cours en sorte qu'ils soient toujours à sa portée. Les membres du personnel scolaire d'OSH, et personne d'autres, peuvent utiliser les médicaments en réserve.

Nom de l'élève	Prénom	1 ^{er} 2 ^d Prén.	Date de naissance
Prénoms et nom de la mère/du père ou tuteur en caractères d'imprimerie		<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px; font-weight: bold; margin-right: 5px;">SIGNEZ ICI</div> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">➔</div> </div> Signature	
Signé le	Adresse du parent/tuteur de l'élève		
Tél. portable	Autre numéro de téléphone	Email	
Nom d'une autre personne à contacter en cas d'urgence		Numéro de téléphone de la personne à contacter en cas d'urgence :	

For Office of School Health (OSH) Use Only / Réserve à l'usage du personnel d'OSH

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 (<i>For supervised students only</i>) <input type="checkbox"/> OSH Asthma Case Manager (<i>For supervised students only</i>)	
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.		

*Il est déconseillé d'envoyer des informations confidentielles par courrier électronique