

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

Male
 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 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

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

Настоящим я разрешаю хранить и выдавать лекарственный препарат, а также хранить и применять необходимые средства для его введения в соответствии с инструкциями лечащего врача ребенка. Я понимаю, что мне требуется обеспечить школу лекарственным препаратом и необходимыми средствами для его введения, в т. ч. ингаляторами, включая невинтолиновые. Препарат должен быть в оригинальной аптечной упаковке с этикеткой (вторая упаковка предоставляется для использования вне школы). Этикетка рецептурного препарата должна содержать имя и фамилию учащегося, название и телефон аптеки, имя и фамилию выписавшего препарат врача, дату и число повторных заказов, название препарата, дозу, периодичность приема, способ применения и/или другие инструкции. Препараты, отпускаемые без рецепта, и бесплатные образцы лекарств должны быть в оригинальной фабричной упаковке с указанием на ней имени и фамилии ребенка. **Я понимаю, что лекарственный препарат должен быть в оригинальной и НЕРАСПЕЧАТАННОЙ упаковке.** Я также понимаю, что обязан(а) незамедлительно уведомлять школьную медсестру обо всех изменениях вышеперечисленных предписаний и инструкций.

Мне известно, что учащимся запрещается иметь при себе или самостоятельно принимать контролируемые вещества. Я понимаю, что данное разрешение действительно до конца летней учебной программы Департамента образования (DOE) или до момента представления мной школьной медсестре нового рецепта или инструкций от врача ребенка (в зависимости от того, что наступит ранее). Подавая настоящий запрос MAF, я прошу DOE и Департамент здравоохранения г. Нью-Йорка (DOHMH) об обеспечении ребенку конкретных медицинских услуг через отдел школьного здравоохранения (OSH). Мне известно, что эти услуги могут включать клиническую оценку и медицинский осмотр, проводимые врачом OSH. Настоящий запрос содержит детальные инструкции по предоставлению указанных выше медицинских услуг. Я понимаю, что OSH, их представители и сотрудники, причастные к оказанию вышеуказанных медицинских услуг, полагаются на достоверность приведенной мной информации. Я понимаю, что по истечении срока действия MAF медицинский сотрудник OSH может провести осмотр ребенка с целью оценки симптомов астмы и эффективности назначенного препарата и выдать новый запрос MAF. Если врач OSH установит, что изменения MAF не требуются, он может выдать новый MAF с теми же инструкциями со сроком действия один год или до представления лечащим врачом ребенка нового запроса MAF. Если на основании осмотра и истории болезни ребенка врач OSH установит необходимость внесения изменений, он может выдать новый MAF с другими инструкциями. Я и указанный в документах лечащий врач ребенка будем уведомлены о выдаче нового MAF и любых изменениях в MAF. Я также понимаю, что в срок до 30 дней до истечения действия данного запроса я должен подать новый MAF или представить школьной медсестре письменное возражение против осмотра. В случае неподачи до указанного срока нового MAF или письменного отказа от осмотра ребенка врачом OSH, ребенок может подлежать осмотру с последующей выдачей нового MAF. Я знаю, что данная форма не является договором с OSH и DOE об оказании запрашиваемых услуг, а представляет собой мой запрос, согласие/разрешение на эти услуги. При установлении необходимости этих услуг учащемуся может потребоваться план адаптации (Student Accommodation Plan), который будет составлен школой. Я понимаю, что настоящим я разрешаю OSH, DOE, их сотрудникам и представителям обращаться за консультациями и необходимой им дополнительной информацией о состоянии здоровья ребенка, его лекарствах и/или процедурах к любым поставщикам медицинских и/или фармацевтических услуг для ребенка.

САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ:

Проставьте ниже свои инициалы при необходимости приема ребенком эпинефрина, применения противоастматического ингалятора и других утвержденных для самостоятельного приема лекарств

ИНИЦИАЛЫ	Настоящим я подтверждаю, что мой ребенок обучен и способен самостоятельно принимать прописанное лекарство. Я также разрешаю ребенку иметь при себе, хранить и самостоятельно принимать его в школе. Мне известно, что я несу ответственность за обеспечение ребенка этим препаратом в упаковках с надлежащими этикетками, за полный и всесторонний контроль его использования ребенком, а также за все без исключения последствия приема этого препарата в школе. Я понимаю, что школьная медсестра удостоверяет способность ребенка иметь при себе и самостоятельно и ответственно принимать препарат. Я также согласен(сна) предоставить запасную порцию препарата в упаковке с разборчиво надписанной этикеткой для хранения в медицинском кабинете на случай нехватки у ребенка препарата для самостоятельного приема.
----------	--

ИНИЦИАЛЫ	Я разрешаю школьной медсестре хранить и обеспечивать прием препарата ребенком в случае временной утраты им способности хранить и принимать лекарство самостоятельно.
----------	--

ИНИЦИАЛЫ	Настоящим я подтверждаю, что по согласованию с лечащим врачом ребенка я разрешаю отделу школьного здравоохранения применять имеющиеся в школе противоастматические средства за неимением в школе прописанного ребенку препарата.
----------	--

В дни школьных экскурсий вы должны обеспечить ребенка персональным ингалятором-дозатором (MDI) для использования в случае необходимости. Имеющийся в школе препарат выдается ребенку только для применения в школе.



Фамилия учащегося	Имя	Инициал ср. имени	Дата рождения	Школа
-------------------	-----	-------------------	---------------	-------

Имя и фамилия родителя/опекуна (печатными буквами)	Подпись родителя/опекуна
--	--------------------------

Дата	Адрес родителя/опекуна:
------	-------------------------

Мобильный телефон	Другой телефон	Имейл
-------------------	----------------	-------

Другое контактное лицо для срочной связи:	Телефон для срочной связи:
---	----------------------------

For OFFICE OF SCHOOL HEALTH (OSH) Only

Received by: Name	Date	Reviewed by: Name	Date
-------------------	------	-------------------	------

Self-Administers/Self-Carries: Supervised Student*	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<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*
---	--	--	----------------------	---	--

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.