

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
-------------------	------------	----	-----------------------------	--------

СОГЛАСИЕ/РАЗРЕШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ/ОПЕКУНОВ

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 том числе персональными ингаляторами. 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 не разрешается иметь при себе или самостоятельно принимать контролируемые вещества.

Я понимаю, что данный запрос на выдачу лекарственных средств (MAF) действителен до конца летней учебной программы Департамента образования (DOE) или до момента представления мной школьной медсестре новых инструкций от врача ребенка (в зависимости от того, что наступит ранее). Подавая настоящий запрос, 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 требуется, 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 изменения, он может выдать новый MAF с другими инструкциями со сроком действия один год или до представления лечащим врачом ребенка нового запроса MAF. 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 имею право 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 и 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 применения ребенком автоинъектора Epi-Rep, противоастматического ингалятора и других утвержденных для самостоятельного приема лекарств:**

_____ 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.

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

_____ 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. Имеющиеся в школе противоастматические средства выдаются ребенку только для применения в школе.

Подпись родителя/опекуна	Имя и фамилия родителя/опекуна (печатными буквами)
Дата подписания ___/___/_____	Адрес родителя/опекуна
Телефоны: Дневной (____) _____ - _____ Домашний (____) _____ - _____ Мобильный* (____) _____ - _____	
E-mail родителя/опекуна:	
Другое контактное лицо для срочной связи	Телефон контактного лица (____) _____ - _____
ДЛЯ СЛУЖЕБНЫХ ОТМЕТОК - НЕ ПИШИТЕ НИЖЕ (DO NOT WRITE BELOW - FOR OFFICE OF SCHOOL HEALTH (OSH) USE ONLY)	
Received by: Name _____ Date ___/___/_____	Received by: Name _____ Date ___/___/_____
Self-Administers/Self-Carries: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Self-Administers/Self-Carries: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Signature and Title (RN OR MD/DO/NP):	

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) _____	OSIS # _____	
		DOE District _____	Grade _____ Class _____

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

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

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

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

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS