

Место для фотографии учащегося

ASTHMA MEDICATION ADMINISTRATION FORM

ВРАЧЕБНОЕ ПРЕДПИСАНИЕ | Отдел школьного здравоохранения | 2024–2025

Верните заполненную форму школьной медсестре или в школьный центр здоровья. Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

Фамилия ребенка: _____ Имя: _____ Инициал ср. имени: ____ Дата рождения: _____

Пол: мужской женский Номер учащегося (OSIS): _____ Уч. уровень: _____ Класс: _____

Школа (данные в ATS: номер DBN/название, адрес и район): _____ Школьный округ DOE: _____

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ РЕБЕНКА / 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
 Unknown

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 last: _____
History of asthma-related hospitalizations within past 12 months Y N U _____ times last: _____
History of food allergy or eczema, specify: _____ Y N U
Excessive Short Acting Beta Agonist (SABA) use (daily or > 2 times a week)? Y N U

Home Medications (include over the counter) None

- Reliever: _____ Controller: _____ Other: _____

Student Skill Level (select the most appropriate option):

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer
 Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
 Independent Student: student is self-carry/self-administer
 I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events. Practitioner's Initials: _____

Quick Relief In-School Medication

(individual spacers are provided by the school)

**** If in Respiratory Distress: call 911 and give albuterol 6 puffs: may repeat Q 20 minutes until EMS arrives!**

- Albuterol (Schools will only provide generic Albuterol MDI; this will be used if prescribed medication below is unavailable)

Standard Order: Give 2 puffs q 4 hrs PRN for coughing, wheezing, tight chest, difficulty breathing or shortness of breath.

Monitor for 20 mins or until symptom-free. If not symptom-free within 20 mins may repeat ONCE.

Other Quick Relief Medication:

- Other Albuterol Dosing: Name: _____ Strength: _____ Dose: _____ puffs every _____ hours. If not symptom-free within 20 mins may repeat ONCE
 Airsupra (albuterol & budesonide) Strength: _____ Dose: _____ puffs PRN every _____ hours. **If not symptom-free within 20 mins may repeat ONCE**
 Symbicort (formoterol & budesonide) Strength: _____ Dose: _____ puffs every _____ min or _____ hours. May repeat ONCE PRN
 Albuterol with ICS: Albuterol _____ puffs followed by Fluticasone _____ puffs every _____ hours. If not symptom-free within 20 mins may repeat ONCE
 Albuterol _____ puffs followed by Qvar _____ puffs every _____ hours. If not symptom-free within 20 mins may repeat ONCE
 Albuterol MDI _____ puffs followed by ICS (Name) _____ Strength: _____ puffs every _____ hours. If not symptom-free within 20 mins may repeat ONCE
 URI Symptoms/Recent Asthma Flare: 2 puffs @noon for 5 school days when directed by PCP
Name: _____ Dose: _____ puffs / _____ AMP q _____ hours.
 Pre-exercise: Name: _____ Dose: _____ puffs / _____ AMP 15-20 minutes before exercise.

Special Instructions: _____

Controller Medications for In-School Administration (Recommended for Persistent Asthma, per NAEPP Guidelines)

- Fluticasone [Only Fluticasone® 110 mcg MDI is provided by school for shared usage] Stock Parent Provided
Standing Daily Dose: _____ puff(s) one **OR** two time(s) a day Time: _____ AM and _____ PM
 Symbicort (provided by parent). Standing Daily Dose: _____ puff(s) one **OR** two time(s) a day Time: _____ AM and _____ PM
Special Instructions: _____
 Other ICS (provided by parent) Standing Daily Dose:
Name: _____ Strength: _____ Dose: _____ Route: _____ Frequency: one or two time(s) a day Time: _____ AM and _____ PM

Health Care Practitioner

Last Name (Print): _____ First Name (Print): _____ Please check one: MD DO NP PA

Signature: _____ Date: _____ NYS License # (Required): _____ NPI #: _____

Completed by Emergency Department Medical Practitioner: Yes No (ED Medical Practitioners will not be contacted by OSH/SBHC Staff)

Address: _____ Email address: _____

Telephone: _____ FAX: _____ Cell Phone: _____

CDC and AAP strongly recommend annual influenza vaccination for all children diagnosed with asthma.

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS

Rev 3/24

FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT

ТРЕБУЕТСЯ ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ на с. 2 / PARENTS MUST SIGN PAGE 2 →

ASTHMA MEDICATION ADMINISTRATION FORM

ВРАЧЕБНОЕ ПРЕДПИСАНИЕ | Отдел школьного здравоохранения | 2024–2025

Верните заполненную форму школьной медсестре или в школьный центр здоровья. Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

РОДИТЕЛИ/ОПЕКУНЫ! ПРОЧИТАЙТЕ, ЗАПОЛНИТЕ И ПОДПИШИТЕ ФОРМУ. Я, НИЖЕПОДПИСАВШИЙСЯ, ВЫРАЖАЮ СОГЛАСИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЕ:

- Я даю согласие на хранение и выдачу ребенку в школе лекарства в соответствии с предписаниями его лечащего врача. Я также даю согласие на хранение и применение в школе необходимых средств для введения лекарственного препарата.
- Мне известно следующее:
 - Мне требуется обеспечить школьную медсестру/школьный центр здоровья (school based health center, SBHC) лекарственным препаратом и средствами для его введения, в т. ч. неальбутольными ингаляторами.
 - Все предоставляемые школе рецептурные и безрецептурные лекарственные препараты должны быть новыми, в запечатанной фабричной или аптечной упаковке. Я представил(а) школе назначенное на текущее время непросроченное лекарство для приема ребенком в течение учебного дня.**
 - Рецептурный препарат должен быть в упаковке с оригинальной аптечной этикеткой, на которой должны быть указаны 1) имя и фамилия ребенка, 2) название и телефон аптеки, 3) имя и фамилия врача ребенка, 4) дата, 5) число повторных заказов, 6) название препарата, 7) доза, 8) время приема, 9) способ применения и 10) другие инструкции.
 - Настоящим подтверждаю, что по согласованию с лечащим врачом ребенка я разрешаю Отделу школьного здравоохранения (Office of School Health, OSH) применять имеющиеся в школе лекарственные средства (stock medication) в случае отсутствия у ребенка собственных лекарств от астмы.
 - Я обязуюсь **незамедлительно** уведомлять школьную медсестру/SBHC обо всех изменениях в лекарственных препаратах ребенка или инструкциях его лечащего врача.
 - Сотрудники OSH и его представители, ответственные за предоставление ребенку вышеуказанной услуги/услуг, руководствуются информацией в этой форме.
 - Моя подпись в запросе на выдачу лекарств (Medication Administration Form, MAF) свидетельствует о моем согласии на предоставление ребенку медицинских услуг Отделом школьного здравоохранения (OSH). Эти услуги могут включать, в частности, клиническую оценку и медицинский осмотр, проводимые врачом или медсестрой OSH.
 - Врачебное предписание в этом запросе MAF истекает в конце учебного года, который может включать летние занятия, или по представлении мной новой формы MAF школьной медсестре/SBHC (в зависимости от того, что наступит ранее).
 - По истечении этого врачебного предписания я представлю школьной медсестре/SBHC новую форму MAF, заполненную лечащим врачом ребенка. В случае неподачи нового MAF и при отсутствии родительского письменного отказа от медицинского осмотра ребенка, ребенок может быть осмотрен врачом OSH. Врач OSH может провести оценку симптомов астмы и эффективности назначенного препарата, установить необходимость внесения изменений. Врач OSH может выдать новый запрос MAF, чтобы ребенок продолжал получать услуги через OSH. Для оформления новых запросов MAF лечащему врачу или врачу OSH не требуется моя подпись. В случае выдачи нового MAF, врач OSH предпримет попытку информировать меня и лечащего врача ребенка.
 - Данная форма представляет собой мой запрос и разрешение на указанные услуги по лечению астмы. Она не является договором с OSH об оказании запрашиваемых услуг. В случае согласия OSH на предоставление этих услуг, ребенку также потребуется План адаптации (Section 504 Accommodation Plan), который оформляется школой.
 - В целях предоставления медицинских услуг или лечения моего ребенка OSH может обращаться за необходимой им дополнительной информацией о состоянии его здоровья, лекарствах и/или процедурах к любым врачам, медсестрам и фармацевтам, оказывавшим помощь ребенку

ПРИМЕЧАНИЕ. В случае выбора в пользу имеющихся в школе лекарственных средств (stock medication), в дни школьных экскурсий и/или послешкольных программ вы должны обеспечить ребенка противоастматическим ингалятором, автоинъектором с эпинефрином и другими утвержденными для самостоятельного приема лекарствами. Имеющиеся в школе препараты предназначены только для применения сотрудниками OSH в школе.

САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

- Настоящим заявляю/подтверждаю, что ребенок прошел обучение и может принимать лекарство самостоятельно. Я разрешаю ребенку иметь при себе, хранить и самостоятельно принимать в школе указанное в данной форме лекарство. Я несу ответственность за предоставление ребенку лекарственных средств в упаковке, как описано выше. Я также несу ответственность за контроль приема лекарства ребенком, а также за все последствия приема этого препарата в школе. Школьная медсестра/SBHC удостоверяет способность ребенка иметь при себе и самостоятельно принимать препарат. Я даю согласие на предоставление запасного лекарства в упаковке с разборчивой этикеткой для хранения в школе.

Фамилия ребенка: _____ Имя: _____ Инициал ср. имени: _____ Дата рождения (м/д/г): _____

Сведения о школе (Номер DBN/название в ATS): _____ Район: _____ Шк. округ: _____

Имя и фамилия родителя/опекуна (печатными буквами): _____ Имейл родителя/опекуна: _____

Подпись родителя/опекуна: _____ Дата подписи: _____

Адрес родителя/опекуна: _____

Мобильный телефон родителя/опекуна: _____ Другой телефон: _____

Другое контактное лицо для срочной связи Имя/родство с учащимся: _____

Др. телефон для срочной связи: _____

Для служебных отметок Отдела школьного здравоохранения (OSH) / For Office of School Health (OSH) Use Only

OSIS #: _____ Received by – Name: _____ Date: _____

504 IEP Other: _____ Reviewed by – Name: _____ Date: _____

Referred to School 504 Coordinator: Yes No

Services provided by: Nurse/NP OSH Public Health Advisor (for supervised students only)
 School Based Health Center OSH Asthma Case Manager (for supervised students only)

Signature and Title (RN or MD/DO/NP): _____

Revisions per Office of School Health after consultation with prescribing practitioner: Clarified Modified

Confidential information should not be sent by email / Конфиденциальную информацию не следует отправлять по электронной почте