



ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

ВРАЧЕБНОЕ ПРЕДПИСАНИЕ | Отдел школьного здравоохранения | 2023-2024

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

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

| | | |
|---------------------------------------|---|--|
| Diagnosis | Control (see NAEPP Guidelines) | Severity (see NAEPP Guidelines) |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Well Controlled | <input type="checkbox"/> Intermittent |
| <input type="checkbox"/> Other: _____ | <input type="checkbox"/> Not Controlled / Poorly Controlled | <input type="checkbox"/> Mild Persistent |
| | <input type="checkbox"/> Unknown | <input type="checkbox"/> Moderate Persistent |
| | | <input type="checkbox"/> Severe Persistent |
| | | <input type="checkbox"/> Unknown |

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 life-threatening asthma (loss of consciousness or hypoxic seizure) | <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> U | |
| History of asthma-related PICU admissions (ever) | <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> U | |
| Received oral steroids within past 12 months | <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> U | _____ times last: _____ |
| History of asthma-related ER visits within past 12 months | <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> U | _____ times last: _____ |
| History of asthma-related hospitalizations within past 12 months | <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> U | _____ times last: _____ |
| History of food allergy or eczema, specify: _____ | <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> U | |
| Excessive Short Acting Beta Agonist (SABA) use (daily or > 2 times a week)? | <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> 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 medication
- 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

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

- Albuterol [Only generic Albuterol MDI w/ individual spacer is provided by school; 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 _____hrs. *If not symptom-free within 20 mins may repeat ONCE*
 - Symbicort (formoterol & budesonide) Strength : _____ Dose: _____puffs every _____min or _____hrs. *May repeat ONCE PRN*
 - Albuterol with ICS : Albuterol _____puffs followed by Flovent _____puffs every _____hrs. *If not symptom-free in 20 mins may repeat ONCE*
 Albuterol _____puffs followed by Qvar _____puffs every _____hrs. *If not symptom-free in 20 mins may repeat ONCE*
 - Albuterol MDI _____puffs followed by ICS (Name) _____Strength: _____puffs every _____hrs
 - URI Symptoms/Recent Asthma Flare: 2 puffs @noon for 5 school days when directed by PCP
Name: _____ Dose: _____puffs/ _____AMP q _____hrs.
 - Pre-exercise:** Name: _____ Dose: _____puffs/ _____AMP 15-20 mins before exercise.

Special Instructions:

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

- Fluticasone [Only Flovent® 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 & _____PM

Health Care Practitioner

Last Name (Print): _____ First Name (Print): _____ MD DO NP PA
 NYS License # _____ NPI # : _____ Signature: _____ Date: _____
 Completed by Emergency Department Medical Practitioner: Yes No (ED Medical Practitioners will not be contacted by OSH/SBHC Staff)
 Address: _____ E-mail address: _____
 Tel: _____ FAX: _____ Cell Phone: _____

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

ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | 2023-2024

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. неальбутерольными ингаляторами.
 - Все предоставляемые школе рецептурные и безрецептурные лекарственные препараты должны быть новыми, в запечатанной фабричной или аптечной упаковке. Я предоставлю 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 OSH/SBHC 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/SBHC.
 - 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 или подачи письменного отказа от медицинского осмотра, ребенок может быть осмотрен врачом OSH/SBHC. Врач OSH/SBHC может провести оценку симптомов астмы и эффективности назначенного препарата, установить необходимость внесения изменений. Врач OSH/SBHC может выдать новый запрос MAF, чтобы ребенок продолжал получать услуги через OSH/SBHC. Для оформления новых запросов MAF лечащему врачу или врачу OSH/SBHC не требуется моя подпись. В случае выдачи нового MAF, врач OSH/SBHC 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/SBHC об оказании запрашиваемых услуг. При установлении необходимости этих услуг учащемуся может потребоваться план адаптации (Section 504 Accommodation Plan), который оформляется школой.
 - В целях предоставления медицинских услуг или лечения моего ребенка OSH/SBHC может обращаться за необходимой им дополнительной информацией о состоянии его здоровья, лекарствах и/или процедурах к любым врачам, медсестрам и фармацевтам, оказывавшим помощь ребенку.

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.

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.

Информация о ребенке. Фамилия: _____ Имя: _____ Инициал ср. имени: _____ Дата рождения: _____

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

Сведения о родителе/опекуне. Имя и фамилия (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: _____

For Office of School Health (OSH) Use Only

OSIS Number: _____

504 IEP Other _____

Received by - Name: _____ Дата: _____

Reviewed by - Name: _____ Date: _____

Referred to School 504 Coordinator: Yes No

Services provided by: Nurse/NP

School Based Health Center

OSH Public Health Advisor (for supervised students only)

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

ТОЛЬКО ДЛЯ ПЕЧАТИ