

ذكر
أنثى تاريخ الميلاد ____/____/____
الشهر اليوم السنة

الأوسط

الاسم الأول

التلميذ(ة) الاسم الأخير

الوزن (كغ) _____

رقم التعريف المدرسي للتلميذ(ة) _____

الفصل

الصف

المنطقة التعليمية لإدارة التعليم

المدرسة (بما في ذلك الاسم، والرقم، والعنوان، والحي)

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 <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>	
History of life-threatening asthma (loss of consciousness or hypoxic seizure)	Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>	
History of asthma-related PICU admissions (ever)	Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>	
Received oral steroids within past 12 months	Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>	_____ times last : ____/____/____
History of asthma-related ER visits within past 12 months	Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>	_____ times
History of asthma-related hospitalizations within past 12 months	Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>	_____ times
History of food allergy or eczema, specify: _____	Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>	

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 the ability to self-administer the prescribed medication effectively for school / field trips / school sponsored events.

Practitioner
Initials

Quick Relief In-School Medication

Albuterol [Only generic Albuterol MDI is provided by school for shared usage]
(plus individual spacer): Stock Parent Provided MDI w/ spacer DPI**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**.**If in Respiratory Distress:** Call 911 and give 6 puffs; may repeat q 20 minutes until EMS arrives.

-
- Pre-exercise:**
- 2 puffs 15-20 mins before exercise.
-
-
- URI Symptoms or Recent Asthma Flare:**
- 2 puffs @ noon for 5 school days.
-
- Special Instructions: _____

 Other: Name: _____ Strength: _____
Dose: _____ Route: _____ Frequency: _____ hrsGive _____ puffs/_____ AMP q _____ 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**.**If in Respiratory Distress:** Call 911 and give _____ puffs/
_____ AMP; may repeat q 20 minutes until EMS arrives.

-
- Pre-exercise:**
- _____ puffs/_____ AMP 15-20 mins before exercise.
-
-
- URI Symptoms or Recent Asthma Flare:**
-
- _____ puffs/_____ AMP @ noon for 5 school days
-
- 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
-
- MDI w/ spacer
-
- DPI

Standing Daily Dose: _____ puffs ONCE a day at _____ AM
Special Instructions: _____

-
- Other ICS Standing Daily Dose:**

Name: _____ Strength: _____
Dose: _____ Route: _____ Frequency: _____ hrs

Home Medications (Include over the counter)

-
- Reliever _____
-
- Controller _____
-
- Other _____

Health Care Practitioner Name LAST
(Please print and circle one: MD, DO, NP, PA)

FIRST

Signature

Date ____/____/____

Address

NYS License # (Required)

NPI #

Tel. (____)____-____

Fax. (____)____-____

استمارة تقديم علاج الربو

طلب أدوية الربو من مقدم الخدمة مكتب الصحة المدرسية | للعام الدراسي 2020-2021
المرجو إعادتها إلى ممرضة المدرسة. إرسال الاستمارات بعد 1 يونيو/ حزيران، قد يؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد.
الآباء/ أولياء الأمور، يرجى تعبئة القسم أدناه

بتوقيعكم أدناه، فأنتم توافقون على ما يلي:

- أوافق على تخزين أدوية طفلي وإعطائها في المدرسة بناءً على توجيهات ممارس الرعاية الصحية لطفلي. أوافق أيضاً على تخزين أي معدات مطلوبة لأدوية طفلي واستخدامها في المدرسة.
- وأنا أدرك أنه:
 - يجب أن أعطي ممرضة المدرسة أدوية ومعدات طفلي. سأحاول أن أعطي أقلام إيبينافرين (epinephrine) للمدرسة مع إبر قابلة للسحب.
 - يجب أن تكون جميع الوصفات الطبية والأدوية "التي لا تستلزم وصفة طبية" التي أعطيها للمدرسة جديدة وغير مفتوحة، وفي العبوة أو العبوة الأصلية. سوف أقوم بتزويد المدرسة بأدوية حديثة لم تنته صلاحيتها استخدامها لطفلي خلال أيام المدرسة.
 - يجب أن يحمل الدواء الموصوف ملصق الصيدلية الأصلي على العبوة أو العبوة. يجب أن يتضمن الملصق ما يلي: (1) اسم طفلي، (2) اسم الصيدلية ورقم الهاتف، و(3) اسم طبيب الرعاية الصحية لطفلي، و(4) التاريخ، و(5) عدد مرات إعادة التعبئة، و(6) اسم الدواء، و(7) الجرعة، و(8) متى يجب تناول الدواء، و(9) كيفية تناول الدواء، و(10) أي إرشادات أخرى.
 - أشهد/ أؤكد أنني تشاورت مع ممارس الرعاية الصحية لطفلي وأوافق على إعطاء مكتب الصحة المدرسية (OSH) لطفلي أدوية مخزونة في حالة عدم توفر أدوية الربو أو إيبينافرين (epinephrine) لدى طفلي.
 - يجب علي القيام فوراً بإخطار ممرضة المدرسة عن أي تغيير في دواء طفلي أو تعليمات ممارس الرعاية الصحية.
 - يعتمد مكتب الصحة المدرسية (OSH) ووكلائه المشاركون في تقديم الخدمة (الخدمات) الصحية المذكورة أعلاه لطفلي على دقة المعلومات في هذه الاستمارة.
 - من خلال التوقيع على استمارة إعطاء الدواء (MAF)، أخول مكتب الصحة المدرسية (OSH) بتقديم خدمات صحية لطفلي. هذه الخدمات قد تتضمن، على سبيل المثال وليس الحصر، تقييماً اكلينيكياً أو فحصاً بدنياً من طرف ممارس الرعاية الصحية أو الممرضة بمكتب الصحة المدرسية (OSH).
 - تنتهي صلاحية استمارة إعطاء الدواء (MAF) في نهاية العام الدراسي لطفلي، والتي قد تشمل الدورة الصفية، أو عندما أعطي ممرضة المدرسة استمارة إعطاء دواء (MAF) جديدة (أيهما أقرب). عندما تنتهي صلاحية طلب الدواء هذا، سأعطي ممرضة مدرسة طفلي استمارة إعطاء دواء (MAF) جديدة كتبها ممارس الرعاية الصحية لطفلي. لن يحتاج مكتب الصحة المدرسية (OSH) إلى توقيعي من أجل استمارات إعطاء الدواء (MAFs) المستقبلية.
 - تمثل هذه الاستمارة موافقتي وطلباً للحصول على خدمات الحساسية الموضحة بهذه الاستمارة. وهي لا تمثل اتفاقية مع مكتب الصحة المدرسية (OSH) لتقديم الخدمات المطلوبة. إذا قرر مكتب الصحة المدرسية (OSH) توفير هذه الخدمات، فقد يحتاج طفلي أيضاً إلى خطة تسهيلات التلميذ. هذه الخطة سيتم إكمالها من قبل المدرسة.
 - لغرض تقديم رعاية أو علاج لطفلي، قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على أي معلومات أخرى يعتقد أنها ضرورية بشأن حالة طفلي الطبية أو أدويته أو علاجه. يجوز لمكتب الصحة المدرسية (OSH) الحصول على هذه المعلومات من أي ممارس رعاية صحية أو ممرضة أو صيدلي قدم خدمات صحية لطفلي.

التناول الذاتي للعلاج (للتلاميذ المستقلون فقط):

- أشهد/ أؤكد أن طفلي قد تم تدريبه بالكامل ويمكنه تناول الدواء بمفرده. أوافق على حمل طفلي الدواء الموصوف في هذه الاستمارة في المدرسة وتخزينه وتناوله. أنا مسؤول عن إعطاء طفلي هذا الدواء في عيوات أو علب كما هو موضح أعلاه. أنا مسؤول أيضاً عن مراقبة استخدام طفلي للأدوية، وعن جميع نتائج استخدام طفلي لهذا الدواء في المدرسة. ستؤكد ممرضة المدرسة قدرة طفلي على حمل الدواء وتناوله. أوافق أيضاً على إعطاء المدرسة "عبوة احتياطية" للدواء في عبوة ذات ملصق واضح.
- أوافق على أن تقوم ممرضة المدرسة أو موظفي المدرسة المدربين بإعطاء طفلي دواء إيبينافرين (epinephrine) إذا كان طفلي غير قادر مؤقتاً على حمل الدواء أو تناوله بنفسه.

ملحوظة: إذا وافقت على استخدام الدواء المخزون، يجب عليك إرسال عيار (epinephrine) الخاص بطفلك، وجهاز الاستنشاق للربو والأدوية الأخرى المسموح له بتناولها ذاتياً في يوم الرحلة المدرسية و/ أو برامج ما بعد الدوام المدرسي ليكون متوفراً معه/ معها. الأدوية المخزونة مخصصة للاستخدام فقط من قبل موظفي مكتب الصحة المدرسية (OSH) في المدرسة فقط.

الاسم الأخير	الاسم الأول	الأوسط	تاريخ الميلاد	المدرسة
رمز الم. سة (ATSDBN) // الاسم	الحي		_____ / _____ / _____	المنطقة التعليمية
اسم الوالد(ة) // ولي(ة) الأمر (بخط واضح)	توقيع الوالد(ة) // ولي(ة) الأمر	وَقِّعْ هُنَا	تاريخ التوقيع	_____ / _____ / _____
البريد الإلكتروني للوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر	عنوان الوالد(ة) // ولي(ة) الأمر			
أرقام الهاتف:	(_____) _____ - _____	البيت (_____) _____ - _____	المحمول (_____) _____ - _____	
اسم شخص بديل للاتصال به في حالة الطوارئ	العلاقة بالتلميذ(ة)		رقم الهاتف للاتصال	(_____) _____ - _____

For Office of School Health (OSH) Use Only (لاستخدام مكتب الصحة المدرسية (OSH) فقط)

OSIS Number: _____

Received by: Name _____

Date ____/____/____

Reviewed by: Name _____

Date ____/____/____

504 IEP Other

Referred to School 504 Coordinator: Yes No

Services provided by: Nurse/NP

OSH Public Health Advisor (For supervised students only)

School Based Health Center

Signature and Title (RN OR SMD): _____

Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison ____/____/____

Revisions as per OSH contact with prescribing health care practitioner

Modified Not Modified

لغرض الطباعة فقط

لا يجوز إرسال المعلومات السرية بواسطة البريد الإلكتروني.