



ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | 2020-2021 уч.г.

Вернуть школьной медсестре. Обработка форм, отправленных после 1 июня, может быть задержана и не завершена до начала нового учебного года.

Учащийся	Фамилия	Имя	Ср. имя	Дата рождения	___/___/___ MM DD GGGG	<input type="checkbox"/> Мужск. <input type="checkbox"/> Женск.
Номер OSIS		Вес (кг)				
Школа (ATSDBN/название, номер, адрес и район)				Школьный округ DOE	Уч. уровень	Класс

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 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

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: ___ hrs

Give ___ 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. (____)____-____	

ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | 2020-2021 уч.г.

Вернуть школьной медсестре. Обработка форм, отправленных после 1 июня,
может быть задержана и не завершена до начала нового учебного года.

РОДИТЕЛИ/ОПЕКУНЫ ЗАПОЛНЯЮТ НИЖЕ

ПОДПИСАВШИСЬ НИЖЕ, Я ТЕМ САМ ЫМ ДАЮ СОГЛАСИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЕ:

- Настоящим я разрешаю хранить и выдавать в школе лекарственный препарат в соответствии с инструкциями лечащего врача ребенка, а также хранить и применять в школе необходимые средства для его введения.
- Я понимаю, что:
 - Мне требуется обеспечить школьную медсестру лекарственным препаратом и необходимыми средствами для его введения. Я должен предпринять усилия, чтобы обеспечить школу автоинъектором с эпинефрином (с убирающейся иглой).
 - Все рецептурные и безрецептурные лекарственные препараты, передаваемые мною в школу, должны быть новыми, нераспечатанными, в оригинальной упаковке. Я обеспечу школу непросроченным лекарством, используемым для лечения ребенка в настоящее время, в целях его приема ребенком в течение учебного дня.**
 - На упаковке рецептурного препарата должна быть оригинальная этикетка аптеки. Этикетка должна содержать: 1) имя и фамилию учащегося, 2) название и телефон аптеки, 3) имя и фамилию выписавшего препарат врача, 4) дату, 5) число повторных заказов, 6) название препарата, 7) дозу, 8) периодичность приема, 9) способ применения и 10) другие инструкции.
 - Настоящим я подтверждаю, что по согласованию с лечащим врачом ребенка я разрешаю Отделу школьного здравоохранения (OSH) применять имеющиеся в школе средства за неимением в школе прописанного ребенку противоастматического препарата или эпинефрина.
 - Я обязан **незамедлительно** уведомлять школьную медсестру 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, представленной в данной форме.
 - Подписывая этот запрос на выдачу лекарств (Medication Administration Form, MAF), я даю Отделу школьного здравоохранения свое согласие на предоставление ребенку медицинских услуг. 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 ребенка, куда может входить летняя программа, или в момент предоставления мною школьной медсестре нового MAF (в зависимости от того, что наступит раньше). По истечении срока действия предписания я представляю школьной медсестре новый MAF, заполненный лечащим врачом ребенка. В дальнейшем Отделу школьного здравоохранения не понадобится моя подпись для оформления MAF.
 - Данная форма представляет собой мое согласие и запрос на предоставление ребенку описанных в ней противоаллергических мер. Она не является договором с OSH об оказании запрашиваемых услуг. При установлении необходимости этих услуг учащемуся может потребоваться план адаптации (Student Accommodation Plan), который будет составлен школой.
 - В целях предоставления медицинских услуг или лечения моего ребенка я разрешаю OSH обращаться за необходимой им дополнительной информацией о состоянии его здоровья, лекарствах и/или процедурах к любым врачам, медсестрам и фармацевтам, предоставляющим медицинское обслуживание ребенку.

САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ (ТОЛЬКО ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНЫХ УЧАЩИХСЯ):

- 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 использования лекарства ребенком, а также за все последствия приема этого препарата в школе. Школьная медсестра удостоверяет способность ребенка иметь при себе и самостоятельно принимать препарат. Я также согласен предоставить в школу запасную порцию препарата в упаковке с разборчиво надписанной этикеткой.
- Я разрешаю школьной медсестре или прошедшим подготовку сотрудникам школы обеспечивать прием ребенком эпинефрина в случае временной утраты им способности хранить и принимать этот препарат самостоятельно.

ПРИМЕЧАНИЕ. В дни школьных экскурсий и/или послеурочных программ вы должны обеспечить ребенка эпинефрином, противоастматическим ингалятором и другими утвержденными для самостоятельного приема лекарствами для использования в случае необходимости. Имеющиеся в школе препараты предназначены только для применения сотрудниками OSH в школе.

Учащийся	Фамилия	Имя	Инициал ср. имени	Дата рождения ___/___/_____	Школа
ATSDBN/Название школы				Район	Шк. округ
Имя и фамилия родителя/опекуна (печатными буквами):				Подпись родителя/опекуна	Дата
Имейл родителя/опекуна				Адрес родителя/опекуна	
Номера телефонов: Дневной (____)____-____ (____)____-____ (____)____-____					
Другое контактное лицо для срочной связи			Родство с учащимся	Телефон контактного лица (____)____-____	

For Office of School Health (OSH) Use Only (Для служебных отметок OSH)

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