

Прикрепить
фотографию
учащегося

ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

ВРАЧЕБНОЕ ПРЕДПИСАНИЕ | Отдел школьного здравоохранения | 2021-2022 уч.г.

Вернуть школьной медсестре. Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

Фамилия ребенка: _____ Имя: _____ Ср. имя: _____ Дата рождения: _____

Пол: мужской женский Номер учащегося (OSIS): _____ Шк. округ DOE: _____ Уч. уровень/Класс: _____

Школа (номер DBN/название в ATS, адрес и район): _____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW / ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ РЕБЕНКА

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 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

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

- 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/Recent Asthma Flare: 2 puffs @noon for 5 school days.
Special Instructions: _____
 Other: Name: _____ Strength: _____
Dose: _____ Route: _____ Frequency: _____ hrs
Give _____ puffs/ _____ AMP _____ 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: _____ None Other: _____

Health Care Practitioner

Last Name (Print): _____ First Name (Print): _____ Signature: _____

NYS License # (Required): _____ Please check one: MD DO NP PA Date: _____

Tel: _____ FAX: _____ NPI #: _____

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

ТРЕБУЕТСЯ ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ НА С. 2 →

FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS. | REV 4/21

ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

ВРАЧЕБНОЕ ПРЕДПИСАНИЕ | Отдел школьного здравоохранения | 2021-2022 уч.г.

Вернуть школьной медсестре. Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

**ВНИМАНИЮ РОДИТЕЛЕЙ И ОПЕКУНОВ! ПРОЧИТАЙТЕ, ЗАПОЛНИТЕ И ПОДПИШИТЕ.
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.
 - Я понимаю, что
 - Мне требуется обеспечить школьную медсестру лекарственным препаратом и необходимыми 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 обеспечу школу непросроченным, назначенным на текущее время лекарством для его приема ребенком в течение учебного дня.**
 - О Рецептурный препарат должен быть в упаковке с 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 применять имеющиеся в школе лекарственные средства (stock medication) в случае отсутствия у ребенка собственных лекарств от астмы.
 - Я обязан **незамедлительно** уведомлять школьную медсестру обо всех изменениях в лекарственных препаратах ребенка или инструкциях его лечащего врача.
 - Сотрудники Отдела школьного здравоохранения (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 (OSH) 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, который может включать летние занятия, или по представлении мной новой формы MAF школьной медсестре (в зависимости от того, что наступит ранее).
 - По истечении этого врачебного предписания я представлю школьной медсестре новую форму MAF, заполненную лечащим врачом ребенка. В случае неподачи нового MAF или письменного отказа от медицинского осмотра ребенка, ребенок может быть осмотрен врачом OSH. Врач OSH может провести оценку симптомов астмы и эффективности назначенного препарата. Врач OSH установит необходимость внесения изменений и выдаст 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 (Student Accommodation Plan), который оформляется школой.
 - В целях предоставления медицинских услуг или лечения моего ребенка я разрешаю OSH обращаться за необходимой информацией о состоянии здоровья ребенка, его лекарствах и лечении к врачам, медсестрам и фармацевтам, предоставляющим ребенку медицинские услуги.
 - Настоящим заявляю/подтверждаю, что ребенок прошел обучение и может принимать лекарство самостоятельно. Я также разрешаю ребенку иметь при себе, хранить и самостоятельно принимать в школе указанное в форме лекарство. Я несу ответственность за обеспечение ребенка этим препаратом в упаковках, как описано выше. Я также несу ответственность за контроль приема 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 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.**

САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Сведения об учащемся.

Фамилия: _____ Имя: _____ Ср. имя _____ Дата рождения: _____

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

Сведения о родителе/опекуне. Имя и фамилия (печатными буквами): _____ Имейл: _____

Подпись родителя/опекуна: _____ Дата подписания: _____

Адрес родителя/опекуна: _____

Мобильный телефон родителя/опекуна: _____ Другой телефон _____

Другое контактное лицо для срочной связи/Родство с учащимся: _____

Др. телефон для срочной связи: _____

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

OSIS Number: _____ 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