

# دے کی دوائی دینے کا فارم

دمہ فراہم کنندہ کے لیے ادویات کا آرڈر فارم | اسکول کا دفتر صحت | تعلیمی سال 2021-2022

براہ کرم اسکول نرس کو واپس کریں۔ 1 جون کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔

طالب علم کی  
تصویر یہاں  
لگائیں۔

طالب علم کا آخری نام: \_\_\_\_\_ پہلا نام: \_\_\_\_\_ درمیانی مختصر نام: \_\_\_\_\_ تاریخ پیدائش: \_\_\_\_\_  
جنس:  لڑکا  لڑکی OSIS نمبر: \_\_\_\_\_ DOE ضلع \_\_\_\_\_ گریڈ / کلاس: \_\_\_\_\_  
اسکول (شامل ہیں: ATS / نام، پتہ، اور برو): \_\_\_\_\_

## HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

## صحتیابی نگہداشت فراہم کنندگان ذیل میں مکمل کریں

### 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.

والدین نے صفحہ 2 پر لازماً دستخط کرنا ہے

FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT

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

# دے کی دوائی دینے کا فارم

دمہ فراہم کنندہ کے لیے ادویات کا آرڈر فارم | اسکول کا دفتر صحت | تعلیمی سال 2021-2022

براہ کرم اسکول نرس کو واپس کریں۔ 1 جون کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔

والدین / سرپرست مطالعہ کریں، مکمل کریں اور دستخط کریں۔ ذیل میں دستخط کر کے میں اس پر متفق ہوں کہ:

1. میں اپنے بچے کی دوا کو اسکول میں محفوظ کیے جانے اور میرے بچے کے صحتیانہ نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات کے مطابق دیے جانے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں، میرے بچے کی دوا کے لیے درکار کسی بھی آلات کے اسکول میں محفوظ اور استعمال کیے جانے کی بھی اجازت دیتا ہوں۔
2. مجھے اسکول نرس کو اپنے بچے کی دوا اور آلات بشمول نان الیٹرال انہیلرز فراہم کرنا لازمی ہیں۔
- تمام نسخے والی اور "کاونٹر سے ملنے والی" ادویات جو میں اسکول کو دوںگا، وہ نئی سیل بند، اور اصل بوتل یا ڈیزے میں لازمی بند ہوں گی۔ میں اپنے بچے کو اسکول کے دنوں میں استعمال کے لیے جدید، غیر منسوخ شدہ دوائی استعمال کرنے کے لیے فراہم کروں گا۔
- 0 نسخہ والی دوا کے ڈیزے یا بوتل پر اصل فارمیسی کا لیبل لگا ہونا لازمی ہے۔ لیبل پر لازماً شامل ہونا چاہئے: 1) میرے بچے کا نام، 2) فارمیسی کا نام اور فون نمبر، 3) میرے بچے کے صحتیانہ نگہداشت پیشہ ور کا نام، 4) تاریخ، 5) دوبارہ بھرنے (refill) کی تعداد، 6) دوا کا نام، 7) خوراک، 8) دوا کو لے جانے، 9) دوا کیسے لے جانے اور 10) کوئی دیگر ہدایات۔
- میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میں نے اپنے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور کے ساتھ بات کی ہے اور یہ کہ میں OSH کو میرے بچے کی دے کی دوا دستیاب نہ ہونے کی صورت میں میرے بچے کے دوا کے ذخیرے سے دوا دینے کی اجازت دیتا ہوں۔
- میں اپنے بچے کی دوا یا ڈاکٹر کی ہدایات میں کسی بھی تبدیلی سے اسکول نرس کو فوراً آگاہ کروں گا۔
- میرے بچے کو مذکورہ بالا صحت سے متعلقہ خدمت (خدمات) فراہم کرنے میں شامل OSH اور اسکے کارڈنے اس فارم پر دی گئی معلومات کی درستگی پر انحصار کر رہے ہیں۔
- ادویات دینے کے اس فارم (MAF) پر دستخط کر کے، میں اسکول کے دفتر صحت (OSH) کو میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ ان خدمات میں لیکن انہی تک محدود نہیں، میں OSH کے طبی نگہداشت پیشہ ور یا نرس کے ذریعے کلینک ٹشخیص یا ایک جسمانی معائنہ شامل ہو سکتی ہیں۔
- اس MAF میں دوا کا آرڈر میرے بچے کے تعلیمی سال کے آخر میں منسوخ ہوجائے گا، جس میں گرمیوں کا دورانیہ شامل ہوسکتا ہے، یا جب میں اسکول نرس کو ایک نیا MAF فراہم کروں (جو بھی پہلے واقع ہو)۔
- جب اس دوا کے آرڈر کی میعاد منسوخ ہوجائے، میں اپنے بچے کی اسکول نرس کو میرے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور کے ذریعے تحریر کردہ ایک نیا MAF فراہم کروں گا۔ اگر ایسا نہ کیا گیا، ایک OSH طبی نگہداشت پیشہ ور میرے بچے کا معائنہ کرسکتا ہے تاوقتیکہ میں اسکول نرس کو اس بیان کے ساتھ ایک خط فراہم نہ کر دوں کہ میں OSH طبی نگہداشت پیشہ ور کے ذریعے اپنے بچے کا معائنہ نہیں کرانا چاہتا۔ OSH طبی نگہداشت پیشہ ور میرے بچے کے دے کی علامات اور نسخے والی دما کی دوا سے ردعمل کی تشخیص کرسکتا ہے۔ OSH طبی نگہداشت پیشہ ور یہ فیصلہ کرسکتا ہے کہ آیا دوا کا آرڈر وہی رہے گا یا اسے تبدیل کرنے کی ضرورت ہے۔ OSH طبی نگہداشت پیشہ ور ایک نیا MAF پُر کر سکتا ہے تاکہ میرا بچہ OSH کے ذریعے صحت سے متعلقہ خدمات موصول کرنا جاری رکھا جا سکے۔ میرے صحتیانہ نگہداشت پیشہ ور یا OSH صحتیانہ نگہداشت پیشہ ور کو مستقبل میں دما کے MAFs پر میری دستخط کی ضرورت نہیں ہوگی۔ اگر OSH طبی نگہداشت پیشہ ور میرے بچے کے لیے ایک نیا MAF مکمل کرتا ہے، OSH طبی نگہداشت پیشہ ور مجھے اور میرے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور کو مطلع کرنے کی کوشش کرے گا۔
- اس فارم میں وضاحت کردہ دما کی خدمات کے لیے یہ فارم میری اجازت اور درخواست کی نمائندگی کرتا ہے۔ یہ OSH کی جانب سے درخواست کردہ خدمات فراہم کیے جانے کا معاہدہ نہیں ہے۔ اگر OSH یہ خدمات فراہم کرنے کا فیصلہ کرتا ہے، میرے بچے کو ایک طالب علم سہولت منصوبے کی بھی ضرورت ہو سکتی ہے۔ اس منصوبے کو اسکول مکمل کرے گا۔
- OSH میرے بچے کو درکار نگہداشت یا علاج کی فراہمی کے لیے، کوئی بھی دیگر معلومات حاصل کرسکتا ہے جو اپنے خیال میں میرے بچے کی طبی صورت حال، دوائی دینے یا علاج کے لیے ضروری ہے۔ OSH یہ معلومات کسی بھی ایسے طبی نگہداشت کے پیشہ ور، نرس، یا دوا فروش سے حاصل کرسکتا ہے جنہوں نے میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کی ہیں۔

خود ادویات لینا (صرف برائے خود مختار طلبا):

- میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میرا بچہ مکمل تربیت یافتہ ہے اور وہ خود دوا لے سکتا ہے۔ میں اپنے بچے کو اس فارم میں تجویز کردہ ادویات کو اسکول میں اپنے ساتھ رکھنے، محفوظ رکھنے اور لینے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں مذکورہ بالا کے مطابق اپنے بچے کو یہ دوا بوتلوں یا ڈبوں میں دینے کا ذمہ دار ہوں۔ میں اپنے بچے کی دوا استعمال کرنے کی جانچ کرنے، اور اسکول میں میرے بچے کے اس دوا کے استعمال کے تمام نتائج کا بھی ذمہ دار ہوں۔ اسکول نرس میرے بچے کی دوا اپنے ساتھ رکھنے اور خود سے لینے کی اہلیت کی تصدیق کرے گا / کی۔ میں اس پر بھی آمادہ ہوں کہ اسکول کو دوا ایک واضح لیبل لکے ہوئے ڈیزے یا بوتل میں "محفوظ ذخیرہ" (بیک اپ) کے لیے دوں گا۔
- توجہ: اگر آپ ذخیرہ میں سے ادویات استعمال کرنا چاہتے ہیں، آپکو دمہ انہیلر اینیفرین، اور دیگر منظور شدہ خود دینے والی دوائیاں اپنے بچے کے ساتھ اسکول تقریبی دورے کے دن اور / یا اسکول بعد پروگرام کے لیے اسکول بھیجنا لازمی ہے تاکہ وہ اسے دستیاب کریں۔ ذخیرہ کردہ ادویات صرف OSH عملے کے ذریعے صرف اسکول میں استعمال کے لیے ہیں۔

طالب علم کا آخری نام: \_\_\_\_\_ پہلا نام: \_\_\_\_\_ درمیانہ مختصر نام: \_\_\_\_\_ تاریخ پیدائش: \_\_\_\_\_

اسکول (ATS DBN / نام): \_\_\_\_\_ برو: \_\_\_\_\_ ضلع: \_\_\_\_\_

والدین / سرپرست کا نام (جلی حروف میں): \_\_\_\_\_ والدین سرپرست کا ای میل: \_\_\_\_\_

والدین / سرپرست کے دستخط: \_\_\_\_\_ دستخط کی تاریخ: \_\_\_\_\_

والدین / سرپرست کا پتہ: \_\_\_\_\_

والدین / سرپرست کا سہیل فون: \_\_\_\_\_ دیگر فون \_\_\_\_\_

دیگر ہنگامی رابطہ نام / رشتہ: \_\_\_\_\_

دیگر ہنگامی رابطہ فون: \_\_\_\_\_

صرف اسکول کا دفتر صحت (OSH) کے استعمال کے لیے / For Office of School Health (OSH) Use Only

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