

ASTHMA MEDICATION ADMINISTRATION FORM

PROVIDER MEDICATION ORDER FORM | Office of School Health | School Year **2018-2019**

DUE: JULY 15th. Forms submitted after July 15th may delay processing for new school year.

Attach student photo here

Student Last Name _____	First Name _____	Middle Initial _____	Date of Birth ____/____/____ M M D D Y Y Y Y	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
-------------------------	------------------	----------------------	---	--

OSIS # _____ DOE District ____ Grade/Class _____

School Name, Number, Address, and Borough:

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	<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
History of asthma-related hospitalizations within past 12 months	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U _____ times
History of food allergy or eczema, specify: _____	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> 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

Home Medications (Include over the counter)

- Reliever _____
 Controller _____
 Other _____

Practitioner
Initials

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

Quick Relief In-School Medication (Select **ONE**)

- Albuterol MDI**
[Ventolin® MDI can be provided by school for shared usage (plus individual spacer)]:
 MDI w/ spacer
 DPI
- Other:** Name: _____ Strength: _____
Dose: _____ Route: _____ Time Interval: ____ hrs

In-School Instructions (Check all that apply)

- Standard Order:** Give 2 puffs/1 AMP q 4 hrs. PRN for coughing, wheezing, tight chest, difficulty breathing or shortness of breath ("asthma flare symptoms"). 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/1 AMP; may repeat q 20 minutes until EMS arrives.
- Pre-exercise:** 2 puffs/1 AMP 15-20 mins before exercise.
- URI Symptoms or Recent Asthma Flare (Within 5 days):** 2 puffs/1 AMP @ noon for 5 days.
- Special Instructions: _____

Controller Medications for In-School Administration

(Recommended for Persistent Asthma, per NAEPP Guidelines)

- Fluticasone MDI**
[Flovent® 110 mcg MDI can be provided by school for shared usage]:
 MDI w/ spacer
 DPI
- Other:** Name: _____ Strength: _____
Dose: _____ Route: _____ Time Interval: ____ hrs

Standing Daily Dose:

____ puffs/1AMP ONCE a day at ____ AM
Special Instructions: _____

Health Care Practitioner (Please Print Name) Last _____ First _____		Signature _____	Date ____/____/____
Address _____		Tel. (____) _____	Fax (____) _____
Email Address _____		NYS License # (Required) _____	CDC and AAP strongly recommend annual influenza vaccination for all children diagnosed with asthma.

হাঁপানির ঔষধ দেওয়া সংক্রান্ত ফরম

হাঁপানির ঔষধ প্রদানকারীর অর্ডার ফরম। অফিস অব স্কুল হেলথ। 2018-2019 স্কুল বর্ষ
শেষ তারিখ: জুলাই 15, 15 জুলাইয়ের পর ফরম জমা দিলে তা নতুন স্কুল বর্ষের জন্য প্রক্রিয়াকরণে দেরি হতে পারে
প্যারেন্ট/অভিভাবক নিচে পূরণ করুন

নিচে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি নিম্নোক্ত বিষয়গুলিতে সহমত পোষণ করছি:

- আমি সম্মতি জ্ঞাপন করছি যে আমার সন্তানের ঔষধ আমার সন্তানের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী চিকিৎসকের নির্দেশনামতে স্কুলে সংরক্ষণ ও প্রদান করা হবে। এছাড়াও আমি সম্মতি জ্ঞাপন করছি যে আমার সন্তানের ঔষধের জন্য প্রয়োজনীয় যেকোনো সরঞ্জাম স্কুলে সংরক্ষণ ও ব্যবহার করা হবে।
- আমি বুঝেছি যে:
 - আমাকে অবশ্যই স্কুল নার্সকে নন-ভেন্টোলিন ইনহেলার সহ আমার সন্তানের ঔষধ ও সরঞ্জাম প্রদান করতে হবে।
 - স্কুলকে আমার প্রদানকৃত নির্দেশনাপত্রের ও "নির্দেশনাপত্র বহির্ভূত" সকল ঔষধ অবশ্যই নতুন, না-খোলা এবং আসল বোতল বা বাস্কে হতে হবে। যখন আমার সন্তান স্কুলে থাকবে না বা স্কুলের আনন্দ ভ্রমণে থাকবে তখন আমি আমার সন্তানের জন্য আরেকটি ঔষধ নেব।
 - নির্দেশনাপত্রের ঔষধগুলির বাস্কে বা বোতলে অবশ্যই আসল ফার্মেসির লেবেল লাগানো থাকতে হবে। লেবেলে অবশ্যই থাকবে: 1) আমার সন্তানের নাম, 2) ফার্মেসির নাম ও ফোন নম্বর, 3) আমার সন্তানের ডাক্তারের নাম, 4) তারিখ, 5) পুনরায় ভরার সংখ্যা, 6) ঔষধের নাম, 7) মাত্রা, 8) ঔষধ খাওয়ার সময়, 9) ঔষধটি কীভাবে খেতে হবে এবং 10) অন্যান্য নির্দেশনা।
 - আমাকে অবশ্যই আমার সন্তানের ঔষধ বা ডাক্তারের নির্দেশনায় অণীত যেকোনো পরিবর্তন সম্পর্কে অনতিবিলম্বে স্কুল নার্সকে বলতে হবে।
 - আমার সন্তানকে উপরোক্ত স্বাস্থ্যসেবা প্রদানে সম্পূর্ণ OSH এবং এর প্রতিনিধিগণ এই ফরমে প্রদত্ত তথ্যের সত্যতার উপর নির্ভরশীল।
 - এই ঔষধ পরিচালনা সংক্রান্ত ফরমে (MAF) স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, অফিস অব স্কুল হেলথ (OSH) আমার সন্তানকে স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করতে পারে। এই সেবাগুলির মধ্যে রয়েছে একজন OSH এর স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী চিকিৎসক বা নার্সের কর্তৃক একটি চিকিৎসাগত মূল্যায়ন বা একটি শারীরিক পরীক্ষা।
 - এই MAF এর ঔষধের অর্ডারের মেয়াদ শেষ হবে আমার সন্তানের স্কুল বর্ষের শেষে, যেটিতে অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে গ্রীষ্মকালীন সেশন অথবা যখন আমি স্কুল নার্সকে একটি নতুন MAF দেব (যেটি আগে হয়)।
 - যখন এই ঔষধের অর্ডারের মেয়াদ শেষ হবে, আমি আমার সন্তানের স্কুল নার্সকে আমার সন্তানের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী চিকিৎসক কর্তৃক লিখিত একটি নতুন MAF দিব। যদি তা না করা হয়, একজন OSH স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী চিকিৎসক আমার সন্তানকে পরীক্ষা করতে পারেন যদি না আমি আমার স্কুল নার্সকে একটি লিখিত বিবৃতি দেই যে আমি চাই না আমার সন্তানকে একজন OSH স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী চিকিৎসক কর্তৃক পরীক্ষা করা যাক। OSH স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী চিকিৎসক আমার সন্তানের হাঁপানির লক্ষণ এবং নির্দেশিত হাঁপানির ঔষধে প্রদর্শিত প্রতিক্রিয়া মূল্যায়ন করতে পারেন। OSH স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী চিকিৎসক ঔষধের অর্ডার আগের মতো থাকবে নাকি পরিবর্তন করতে হবে সে ব্যাপারে সিদ্ধান্ত নিতে পারেন। OSH স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী চিকিৎসক একটি নতুন MAF পূরণ করবেন যাতে আমার সন্তান OSH এর মাধ্যমে স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণ অব্যাহত রাখতে পারে। OSH এর ভবিষ্যতে হাঁপানি সম্পর্কে MAF লেখার জন্য আমার স্বাক্ষরের প্রয়োজন নেই। OSH স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী চিকিৎসক আমার সন্তানের জন্য একটি নতুন MAF পূরণ করলে, OSH স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী চিকিৎসক আমাকে ও আমার সন্তানের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী চিকিৎসককে জানানোর চেষ্টা করবেন।
 - এই ফরমটি এই ফরমে বর্ণিত হাঁপানির পরিষেবার জন্য আমার সম্মতি ও অনুরোধ প্রদর্শন করে। অনুরোধকৃত পরিষেবা প্রদান করার জন্য এটি OSH এর কোনো চুক্তি নয়। যদি OSH এই পরিষেবা প্রদানের সিদ্ধান্ত নেয়, আমার সন্তানের একটি শিক্ষার্থীর বিশেষ সুবিধা পরিকল্পনার প্রয়োজন হতে পারে। এ পরিকল্পনা স্কুল পূরণ করবে।
 - OSH অন্য যেকোনো তথ্য পেতে পারে যা তারা মনে করে যে আমার সন্তানের চিকিৎসাগত অবস্থা, ঔষধ বা চিকিৎসার জন্য প্রয়োজন। OSH যেকোনো স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী চিকিৎসক, নার্স বা ফার্মাসিস্টের কাছ থেকে এই তথ্য পেতে পারে যিনি আমার সন্তানকে স্বাস্থ্যসেবা দিয়েছেন।
 - যদি স্কুল নার্স না থাকেন, আমার সন্তানের ঔষধ দেওয়ার জন্য আমাকে স্কুলে আসতে বলা হতে পারে।

নিজে নিজে ঔষধ নেওয়া:

- আমি প্রত্যয়ন/নিশ্চিত করছি যে আমার সন্তানকে সম্পূর্ণভাবে প্রশিক্ষণ দেয়া হয়েছে এবং সে নিজে নিজে ঔষধ খেতে পারে। স্কুলে এই ফরমে নির্দেশিত ঔষধ আমার সন্তান নিজে নিজে বহন, সংরক্ষণ ও প্রদান করার ব্যাপারে আমি সম্মতি জ্ঞাপন করছি। উপরের বর্ণনা মতে বোতল বা বাস্কে করে আমার সন্তানকে এই ঔষধ দেয়ার জন্য আমি দায়ী। এছাড়াও আমার সন্তানের ঔষধের ব্যবহার তদারক করার জন্য এবং স্কুলে আমার সন্তানের এই ঔষধ ব্যবহারে ফলে সৃষ্ট পরিণতির জন্য আমিই দায়ী। আমার সন্তান ঔষধ বহন এবং নিজে নিজে ঔষধ নিতে পারে কি না সে সম্পর্কে স্কুল নার্স আমাকে নিশ্চিত করবেন। এছাড়াও আমি স্কুলকে স্পষ্ট লেবেলযুক্ত বাস্কে বা বোতলে "ব্যাক আপ" ঔষধ দিতে সম্মত হই।
- আমি সম্মতি জ্ঞাপন করছি যে যদি আমার সন্তান সাময়িকভাবে ঔষধ বহন করতে এবং নিজে নিজে খেতে অসমর্থ হয় তবে স্কুল নার্স বা প্রশিক্ষিত স্কুল স্টাফ আমার সন্তানকে ঔষধ খাওয়াবেন।
- আমি প্রত্যয়ন/নিশ্চিত করছি যে আমি আমার সন্তানের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী চিকিৎসকের মাধ্যমে যাচাই করেছি এবং আমি সম্মতি জ্ঞাপন করছি যে আমার সন্তানের হাঁপানির ঔষধ পাওয়া না গেলে OSH আমার সন্তানকে মজুদ ঔষধ প্রদান করবে।

উল্লেখ্য: আপনি যদি মজুদ ঔষধ ব্যবহার করতে চান, আপনাকে অবশ্যই আপনার সন্তানের হাঁপানির ইনহেলার, এপিনেফ্রিন এবং অন্যান্য অনুমোদিত নিজে নিজে নেওয়ার মতো ঔষধ স্কুল ড্রিপের দিন এবং/অথবা স্কুল-পরবর্তী প্রোগ্রামে আপনার সন্তানের সাথে পাঠাতে হবে যাতে সে প্রয়োজনে ব্যবহার করতে পারে। মজুদ ঔষধ শুধু স্কুলে OSH স্টাফ কর্তৃক ব্যবহারের জন্য।

ছাত্রের শেষ নাম	নামের প্রথম অংশ	MI	জন্মতারিখ
প্যারেন্ট/অভিভাবকের নাম স্পষ্ট হরফে লিখুন		স্বাক্ষর	স্বাক্ষর
স্বাক্ষর দেওয়ার তারিখ	প্যারেন্ট/অভিভাবকের ঠিকানা		
সেল ফোন	বিকল্প ফোন	ইমেইল	
বিকল্প জরুরি যোগাযোগের নাম		জরুরি যোগাযোগের ফোন নম্বর	

For Office of School Health (OSH) Use Only / শুধুমাত্র অফিস অব স্কুল হেলথ (OSH) এর ব্যবহারের জন্য

OSIS Number:	<input type="checkbox"/> 504	<input type="checkbox"/> IEP	<input type="checkbox"/> Other
Received by: Name	Date	Reviewed by: Name	Date
Services provided by	<input type="checkbox"/> Nurse/NP <input type="checkbox"/> School Based Health Center	<input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor (For supervised students only) <input type="checkbox"/> OSH Asthma Case Manager (For supervised students only)	
Revisions as per OSH contact with prescribing health care practitioner <input type="checkbox"/> Modified <input type="checkbox"/> Not Modified			
Signature and Title (RN OR MD/DO/NP):	*Respiratory Distress: includes breathlessness at rest, tachypnea, cyanosis, pallor, hunching forward, accessory respiratory muscle use, abdominal breathing, shallow rapid breathing, mouthings words, wheezing throughout expiration and inspiration or decreased or absent breath sounds, agitation, drowsiness, confusion or exceptionally quiet appearance.		

*গোপনীয় তথ্য ইমেইলে পাঠানো উচিত নয়