

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
History of asthma-related ER visits within past 12 months	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U
History of asthma-related hospitalizations within past 12 months	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U
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

Practitioner Initials

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

Home Medications (Include over the counter)

- Reliever _____
- Controller _____
- Other _____

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

哮喘藥物施用表

哮喘醫療提供者醫療手續執行表 | 學校健康辦公室 | 2018-2019 學年
截止日期：7月15日。7月15日之後遞交的表格可能延遲受理新學年服務的申請。
家長/監護人填妥以下內容。

在下面簽名，則表示我同意：

1. 我同意，學校保存我子女的醫藥並根據我子女的保健專業人員的說明給藥。我也同意，我子女的醫藥所需的任何器材都在學校裏儲存和使用。
2. 我理解：
 - 我必須把我子女的醫藥和器材（包括無 Ventolin 吸入器）交給學校護士。
 - **我所給予學校的所有處方和非處方藥物都必須是新的、未曾打開過並裝在其原封瓶子或盒子裏。**我將給子女另外再獲取一份藥物，供其在不上學時或在參加學校旅行時使用。
 - 處方藥物必須在其盒子或瓶子上有**本來的藥房標籤**。標籤必須包括：1) 我子女的姓名，2) 藥房名稱和電話號碼，3) 我子女醫生的姓名，4) 日期，5) 重配次數，6) 藥物名稱，7) 劑量，8) 何時用藥，9) 如何用藥以及 10) 任何其它說明。
 - 如果我子女的藥物發生任何變化或者醫生的說明有任何變化，我必須**立即**告知學校護士。
 - 涉及到給我子女提供上述健康服務的學校健康辦公室（OSH）及其代理人員依賴於本表資訊的精確度。
 - 我在這一「藥物施用表」（Medication Administration Form，簡稱 MAF）上簽名，則學校健康辦公室（Office of School Health，簡稱 OSH）可以為我子女提供健康服務。這些服務可以包括由一名 OSH 辦公室保健專業人員或護士所執行的一次臨床評估或一次體檢。
 - 這份 MAF 表的醫療執行手續的過期時間是我子女的學年結束（這可能包括暑期班）或者當我交給學校護士一份新的 MAF（取兩者中較早的那個時間）。
 - 當這份醫療手續執行要求過期時，我將給我子女的學校護士一份新的由我子女的保健專業人員出具的 MAF。如果這一點沒有做到，一名 OSH 保健專業人員可以檢查我子女，除非我給學校護士出具一封信函，信函上說明我不希望 OSH 保健專業人員檢查我子女。OSH 保健專業人員可以評估我子女的哮喘症狀及其對處方哮喘藥物的反應。OSH 保健專業人員可以決定該醫藥手續執行是否將維持原狀或者需要做出改變。OSH 保健專業人員將填寫一份新的 MAF，這樣我的子女可以繼續接受 OSH 所提供的健康服務。OSH 出具新的哮喘 MAF 並不需要獲得我的簽名。如果 OSH 保健專業人員為我子女填妥一份新的 MAF，OSH 保健專業人員將盡其努力通知我和我子女的保健專業人員。
 - 這份表格代表我對本表所說明的哮喘服務的同意和要求。這並非 OSH 提供所要求的服務的協議。如果 OSH 決定提供這些服務，我子女可能還需要一份「學生特別照顧計劃」（Student Accommodation Plan）。這份計劃將由學校填寫。
 - OSH 可以獲取該辦公室認為有關我子女的醫療狀況、藥物和治療而需要的任何其它資訊。OSH 可以從任何為我子女提供健康服務的保健專業人員、護士或藥劑師那裏獲取該資訊。
 - 如果學校護士不在，我可能會被通知前來學校為子女給藥。

自己用藥：

- 我證明/確認，我子女已得到完全的訓練並能夠自行用藥。我同意，我子女在學校裏自己攜帶、儲存本表所開具的藥物並將自己用藥。我負責根據上述說明把瓶子或盒子裏的藥物交給我子女。我也負責監督我子女在學校裏的藥物使用情況及其對這一藥物使用所產生的任何結果。學校護士將確認我子女擁有攜帶和自行用藥的能力。我也同意交給學校「備用」藥物（裝在清楚地標示的盒子或瓶子裏）。
- 我同意，如果我子女臨時不能攜帶或自行用藥，學校護士或經過訓練的學校員工可以給我子女施用藥物。
- 我謹此證明/確認，我已諮詢我子女的保健專業人員，並且我同意學校健康辦公室在萬一我子女沒有哮喘藥物之際可以給我子女施用儲存的藥物。

說明：如果您選擇使用儲存的藥物，則您必須在您子女參加學校外出參觀的日子以及/或者課後計劃時讓子女帶上哮喘吸入器、epinephrine 以及其他獲准的自我施用藥物，以備您子女使用。

儲存的藥物只是由 OSH 員工在學校使用。

學生姓氏	名字	MI	出生日期
家長/監護人姓名（用英文工整書寫）		在此簽名 →	簽名
簽名日期	家長/監護人地址		
手機	其他電話	電子郵箱	
其他緊急聯絡人姓名		緊急聯絡電話	

For Office of School Health (OSH) Use Only / 僅由學校健康辦公室填寫

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 (<i>For supervised students only</i>) <input type="checkbox"/> OSH Asthma Case Manager (<i>For supervised students only</i>)		
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, nasal flaring, accessory respiratory muscle use, abdominal breathing, shallow rapid breathing, mouthing words, wheezing throughout expiration and inspiration or decreased or absent breath sounds, agitation, drowsiness, confusion or exceptionally quiet appearance.		

*請不要使用電子郵件發送保密資訊