

FORMULAIRE D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS CONTRE L'ASTHME

FORMULAIRE D'ORDONNANCE MÉDICALE DU PRESTATAIRE | Bureau de la Santé Scolaire | Année scolaire 2022-2023

À retourner à l'infirmière scolaire. Les formulaires soumis après le 1^{er} juin peuvent retarder leur traitement pour la nouvelle année scolaire.



Nom de famille de l'élève : _____ Prénom : _____ Initiale : _____ Date de naissance : _____

Sexe : Masculin Féminin Numéro OSIS : _____ District du DOE : _____ Grade/classe : _____

École (inclure ATS DBN/nom, adresse et borough) : _____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

Diagnosis	Control (see NAEPP Guidelines)	Severity (see NAEPP Guidelines)
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Well Controlled	<input type="checkbox"/> Intermittent
<input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Not Controlled / Poorly Controlled	<input type="checkbox"/> Mild Persistent
	<input type="checkbox"/> Unknown	<input type="checkbox"/> Moderate Persistent
		<input type="checkbox"/> 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 last: _____
History of asthma-related hospitalizations within past 12 months	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	_____ times last: _____
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
 - 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) None

- Reliever: _____ Controller: _____ 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.

LES PARENTS DOIVENT SIGNER LA PAGE 2 →

FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS. | REV 2/22

FORMULAIRE D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS CONTRE L'ASTHME

FORMULAIRE D'ORDONNANCE DU PRESTATAIRE DE MÉDICAMENTS CONTRE L'ASTHME | Bureau de la Santé Scolaire | Année scolaire 2022-2023
À retourner à l'infirmière scolaire. Les formulaires soumis après le 1^{er} juin peuvent retarder leur traitement pour la nouvelle année scolaire

PARENTS/TUTEURS/TUTRICES LISEZ, COMPLÉTEZ ET SIGNEZ. EN SIGNANT CI-DESSOUS, J'ACCEPTE CE QUI SUIT :

- Je consens à ce que les médicaments de mon enfant soient conservés et administrés à l'école selon les instructions de son médecin. Je consens également à ce que tout équipement nécessaire aux médicaments de mon enfant soit conservé et utilisé à l'école.
- Je comprends que :
 - Je dois donner à l'infirmière scolaire les médicaments et l'équipement nécessaire de mon enfant, y compris les inhalateurs sans salbutamol (albutérol).
 - Tous les médicaments prescrits et « en vente libre » que je remets à l'école doivent être neufs, non ouverts et dans leur emballage ou flacon d'origine. Je donnerai à l'école les médicaments actuels et non périmés pour l'usage de mon enfant pendant les jours de classe.**
 - La boîte ou le flacon des médicaments prescrits doivent porter l'étiquette d'origine de la pharmacie. L'étiquette doit indiquer : 1) le nom de mon enfant, 2) le nom et le numéro de téléphone de la pharmacie, 3) le nom du médecin de mon enfant, 4) la date, 5) le nombre de renouvellements, 6) le nom du médicament, 7) la posologie, 8) quand prendre le médicament, 9) le mode d'administration du médicament et 10) toute autre instruction.
 - Je déclare/j'atteste avoir consulté le médecin de mon enfant et je consens à ce que le Bureau de la santé scolaire (Office of School Health - OSH) administre le médicament de mon enfant conservé en réserve si son médicament contre l'asthme n'est pas disponible.
 - Je dois **immédiatement** informer l'infirmière de l'école de tout changement concernant le médicament de mon enfant ou les instructions de son médecin.
 - L'OSH et son personnel qui participent à l'administration des services de santé dispensés à mon enfant et indiqués ci-dessus se fient à l'exactitude des informations de ce formulaire.
 - En signant ce formulaire d'administration de médicaments (Medication Administration Form - MAF), j'autorise l'OSH à prodiguer des soins médicaux à mon enfant. Ces services peuvent comprendre une évaluation clinique et un examen médical par un professionnel de santé ou une infirmière de l'OSH.
 - L'ordonnance médicale contenue dans ce MAF expire à la fin de l'année scolaire de mon enfant, ce qui peut inclure la session d'été, ou lorsque je donne un nouveau MAF à l'infirmière scolaire (selon l'événement survenant en premier).
 - Lorsque l'ordonnance médicale arrivera à expiration, je donnerai à l'infirmière de l'école de mon enfant un nouveau MAF rempli par le médecin de mon enfant. Si cela n'est pas fait, un professionnel de santé de l'OSH peut examiner mon enfant sauf si je fournis une lettre à l'infirmière de l'école indiquant que je ne veux pas que mon enfant fasse l'objet d'un examen par un professionnel de santé de l'OSH. Le professionnel de santé de l'OSH peut évaluer les symptômes de l'asthme de mon enfant et sa réaction au médicament prescrit. Le professionnel de santé de l'OSH peut décider si l'ordonnance médicale doit rester la même ou être changée. Le professionnel de santé de l'OSH peut remplir un nouveau MAF pour que mon enfant puisse continuer à bénéficier des services de santé à travers l'OSH. Mon médecin ou le professionnel de santé de l'OSH n'aura pas besoin de ma signature pour rédiger de nouveaux MAF pour l'asthme. Si le professionnel de santé de l'OSH remplit un nouveau MAF pour mon enfant, le professionnel de santé de l'OSH devra m'informer de son choix ainsi que son médecin.
 - Ce formulaire représente mon consentement et ma demande pour des services d'administration de médicaments contre l'asthme décrits ici. Cela ne constitue pas un accord de l'OSH pour fournir les services demandés. Si l'OSH décide de dispenser ces services, mon enfant peut également avoir besoin d'un plan d'aménagement scolaire. Ce plan sera mis en place par l'école.
 - Afin de dispenser des soins ou un traitement à mon enfant, l'OSH peut obtenir toute autre information qu'il estime être nécessaire concernant l'état de santé, les médicaments ou le traitement de mon enfant. L'OSH peut obtenir ces informations auprès des professionnels de santé, des infirmières ou des pharmaciens ayant dispensé des services de santé à mon enfant.

POUR L'AUTOADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS (UNIQUEMENT POUR LES ÉLÈVES AUTONOMES) :

- Je déclare/j'atteste que mon enfant est pleinement formé(e) et qu'il ou elle peut prendre son médicament en toute autonomie. Je consens à ce que mon enfant transporte, conserve et s'administre en toute autonomie à l'école le médicament prescrit sur ce formulaire. Je suis responsable de donner à mon enfant ces médicaments dans leurs boîtes ou flacons, comme décrit ci-dessus. Je suis également responsable de la surveillance de la prise de médicaments par mon enfant et de toutes les conséquences de l'utilisation de ce médicament par mon enfant à l'école. L'infirmière scolaire attestera de l'aptitude de mon enfant à transporter le médicament et à se l'administrer. Je consens également à donner à l'école un médicament « de secours » dans une boîte ou un flacon dont l'étiquette est lisible.
REMARQUE : si vous décidez d'utiliser les médicaments en réserve, vous devez fournir à votre enfant un inhalateur contre l'asthme, le stylo auto-injecteur d'adrénaline (épinéphrine) et les autres médicaments approuvés et autoadministrés lors de sorties scolaires et/ou de programmes après l'école pour les avoir à portée de main. Les médicaments en réserve sont pour l'usage du personnel de l'OSH à l'école.

Nom de famille de l'élève : _____ Prénom : _____ Initiale : _____ Date de naissance : _____

École (nom/ATS DBN) : _____ Borough : _____ District : _____

Nom du parent/tuteur/de la tutrice (majuscules) : _____ E-mail du parent/tuteur/de la tutrice : _____

Signature du parent/tuteur/de la tutrice : _____ Date de signature : _____

Adresse du parent/tuteur/de la tutrice : _____

Téléphone portable du parent/tuteur/de la tutrice : _____ Autre téléphone : _____

Autre personne à contacter en cas d'urgence/lien : _____

Téléphone de l'autre personne à contacter en cas d'urgence : _____

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