

Attach student photo here

استمارة إعطاء دواء الربو

طلب الدواء من المزود — مكتب الصحة المدرسية — العام الدراسي 2020-2019

يرجى إعادة الاستمارة إلى ممرض(ة) المدرسة. الاستمارات المقدمة بعد يوم 31 مايو/ أيار 2019 قد تؤخر الإجراءات في العام الدراسي الجديد.

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

OSIS # _____ DOE District ___ Grade/Class _____

School ATSDBN/Name Address, and Borough:

يقوم ممارسو الرعاية الصحية بتعبئة الجزء أدناه

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 <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	U <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
History of life-threatening asthma (loss of consciousness or hypoxic seizure)	Y <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	U <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
History of asthma-related PICU admissions (ever)	Y <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	U <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Received oral steroids within past 12 months	Y <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	U <input type="checkbox"/>	___ times last : ___ / ___ / ___
History of asthma-related ER visits within past 12 months	Y <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	U <input type="checkbox"/>	___ times
History of asthma-related hospitalizations within past 12 months	Y <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	U <input type="checkbox"/>	___ times
History of food allergy or eczema, specify: _____	Y <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>	U <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Practitioner 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 or Recent Asthma Flare:** 2 puffs @ noon for 5 school days. Special Instructions: _____

Other: Name: _____ Strength: _____ Dose: _____ Route: _____ Frequency: ___ hrs

Give ___ puffs/___ AMP q ___ 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 _____
- Other _____

Health Care Practitioner (Please print name and circle one: MD, DO, NP, PA)		Signature	Date
Last	First		___ / ___ / ___
Address		Tel. (___) ___ - ___ - ___	Fax (___) ___ - ___ - ___
Email Address		NPI # _____	

NYS License # (Required)

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

استمارة إعطاء دواء الربو

طلب الدواء من المزود — مكتب الصحة المدرسية — العام الدراسي 2020-2019

يرجى إعادة الاستمارة إلى ممرض(ة) المدرسة. الاستمارات المقدمة بعد يوم 31 مايو/ أيار 2019 قد تؤخر الإجراءات في العام الدراسي الجديد.

يقوم الوالدة(ة)/ ولي(ة) الأمر بتعبئة الجزء أدناه

بتوقيعي أدناه، أوافق على ما يلي:

- أوافق على أن يتم تخزين الدواء الخاص بطفلي وإعطائه في المدرسة بناءً على توجيهات ممارس الرعاية الصحية لطفلي. أوافق أيضاً على أن يتم تخزين أية معدات مطلوبة لتقديم دواء طفلي واستخدامها في المدرسة.
- وأنا أدرك أنه:
 - يجب أن أعطي ممرض(ة) المدرسة الدواء والمعدات الخاصة بطفلي، بما في ذلك أجهزة الاستنشاق بخلاف (Albuterol).
 - يجب أن تكون جميع الأدوية "التي تصرف بدون وصفة طبية" والتي أعطيها للمدرسة جديدة وغير مفتوحة، وفي القارورة أو العبوة الأصلية. سوف أقدم للمدرسة بالأدوية الحالية الصالحة لاستخدام طفلي أثناء أيام الدراسة.
 - يجب أن تحمل الأدوية الموصوفة طبياً ملصق الصيدلية الأصلي على القارورة أو العبوة. يجب أن يشمل الملصق على: (1) اسم طفلي، (2) اسم الصيدلية ورقم هاتفها، (3) اسم الطبيب، (4) التاريخ، (5) عدد مرات إعادة التعبئة، (6) اسم الدواء، (7) الجرعة، (8) متى يتم تناول الدواء، (9) كيفية تناول الدواء، (10) أية إرشادات أخرى.
 - أقر/ أوكد بموجبي بأنني تشاورت مع مقدم الرعاية الطبية لطفلي وأني أصرح لمكتب الصحة المدرسية (OSH) بإعطاء الدواء المخزون في حالة عدم توفر دواء الربو لطفلي.
 - يجب أن أخبر ممرضة المدرسة فوراً عن أي تغيير في دواء طفلي أو تعليمات الطبيب.
 - يعتمد مكتب الصحة المدرسية (OSH) ووكلاءه المشاركين في تقديم الخدمة (الخدمات) الصحية المذكورة أعلاه إلى طفلي على دقة المعلومات المقدمة في هذه الاستمارة.
 - بتوقيعي على استمارة إعطاء الدواء هذه ((MAF)، فإنني أوافق على تقديم الخدمات الصحية لطفلي. وأنا أدرك أن هذه الخدمات قد تتضمن تقييماً كإلينيكيًا أو فحصاً طبياً من طرف ممارس الرعاية الصحية أو الممرض(ة) بمكتب الصحة المدرسية (OSH).
 - ينتهي طلب إعطاء الدواء في استمارة (MAF) هذه في نهاية العام الدراسي لطفلي، والذي قد يشمل الحصاص الصيفية، أو عندما أعطي ممرضة المدرسة استمارة (MAF) جديدة (أيهما أقرب).
 - عندما تنتهي صلاحية أمر الدواء هذا، سأقدم لممرضة طفلي المدرسة استمارة (MAF) جديدة مكتوبة بواسطة ممارس الرعاية الصحية لطفلي. إذا لم يتم ذلك، فيمكن لممارس الرعاية الصحية التابع لمكتب الصحة المدرسية (OSH) أن يقوم بفحص طفلي ما لم أقدم رسالة إلى ممرضة مدرستي تفيد بأنني لا أريد فحص طفلي من قبل ممارس الرعاية الصحية التابع لمكتب الصحة المدرسية (OSH). يمكن لممارس الرعاية الصحية بمكتب الصحة المدرسية (OSH) تقييم أعراض الربو لدى طفلي والاستجابة بدواء موصوف للربو. قد يقرر ممارس الرعاية الصحية بمكتب الصحة المدرسية (OSH) ما إذا كانت أوامر الدواء ستبقى كما هي أو يجب تغييرها. سوف يقوم ممارس الرعاية الصحية التابع لمكتب الصحة المدرسية (OSH) بتعبئة استمارة (MAF) بمكتب الصحة المدرسية (OSH) ما إذا كانت أوامر الدواء ستبقى كما هي أو يجب تغييرها. سوف يقوم ممارس الرعاية الصحية التابع لمكتب الصحة المدرسية (OSH) بتعبئة استمارة (MAF) لتتضمن معلومات (MAFs) مستقبلية لتقديم دواء الربو. إذا قام ممارس الرعاية الصحية التابع لمكتب الصحة المدرسية (OSH) بتعبئة استمارة (MAF) لطفلي، سيقوم ممارس الرعاية الصحية التابع لمكتب الصحة المدرسية (OSH) بإخطار بذلك وإخطار ممارس الرعاية الصحية الخاص بطفلي.
 - تمثل هذه الاستمارة موافقتي وطلب تقديم خدمات الربو المذكورة في هذه الاستمارة. وهي لا تمثل اتفاقاً مع مكتب الصحة المدرسية (OSH) لتوفير الخدمات المطلوبة. إذا قرر مكتب الصحة المدرسية (OSH) تقديم هذه الخدمات، قد يحتاج طفلي أيضاً إلى خطة لتسهيلات التلميذ. ستقوم المدرسة بوضع هذه الخطة.
 - لأغراض تقديم الرعاية الصحية أو العلاج لطفلي، يمكن لمكتب الصحة المدرسية (OSH) الحصول على أي معلومات أخرى يعتقد أنها ضرورية عن الحالة الطبية لطفلي أو أدويته أو علاجه. قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على هذه المعلومات من أي ممارس رعاية صحية أو ممرضة أو صيدلي قدم خدمات صحية لطفلي.

أخذ الدواء بشكل ذاتي

(التلاميذ البالغين 18 عاماً أو أكثر فقط):

- أقر/ أوكد أن طفلي قد تلقى تدريباً كاملاً ويمكنه تناول الدواء من تلقاء نفسه. أوافق على أن يقوم طفلي بحمل وتخزين وتناول الدواء الموصوف على هذه الاستمارة بنفسه في المدرسة. أنا مسؤول عن إعطاء طفلي هذا الدواء في قوارير أو عبوات كما هو موضح أعلاه. أنا أيضاً مسؤول عن مراقبة استخدام طفلي للدواء، وعن جميع نتائج استخدام طفلي لهذا الدواء في المدرسة. ستؤكد ممرضة المدرسة قدرة طفلي على حمل الدواء وتناوله بنفسه. كما أوافق على إعطاء دواء "احتياطياً" للمدرسة في قارورة أو عبوة معنونة بوضوح.
- أوافق على قيام ممرضة المدرسة أو طاقم المدرسة المدرب بإعطاء طفلي الدواء إذا كان طفلي غير قادر مؤقتاً على حمل الدواء أو تناوله بنفسه.

ملاحظة: إذا اخترت استخدام دواء المخزون، فيجب عليك إرسال جهاز استنشاق الربو الخاص بطفلك، وقلم إبينافرين، وغير ذلك من الأدوية المعتمدة التي تناولها طفلك بنفسه، مع طفلك في يوم رحلة المدرسة و / أو برنامج ما بعد المدرسة من أجل أن تكون متاحة له. تستخدم الأدوية المخزونة فقط من قبل موظفي مكتب الصحة المدرسية (OSH) في المدرسة فقط.

الاسم الأخير للتلميذ(ة)	الاسم الأول	الاسم الأوسط	تاريخ الميلاد
اسم المدرسة/ رقم (ATSDBN)			
اسم الوالدة(ة) أو ولي(ة) الأمر بخط واضح: _____			
تاريخ التوقيع _____ / _____ / _____			
الهاتف المحمول () _____ رقم هاتف آخر () _____ البريد الإلكتروني: _____			
جهة اتصال أخرى في حالات الطوارئ الاسم/العلاقة: _____ رقم هاتف للاتصال في حالات الطوارئ: () _____			

For Office of School Health (OSH) Use Only

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 per Office of School Health after consultation with prescribing practitioner: <input type="checkbox"/> Modified <input type="checkbox"/> Not Modified	
Signature and Title (RN OR MD/DO/NP): _____	

Confidential information should not be sent by email

FOR PRINT USE ONLY

صرف اشاعت کے استعمال لیے

زاداری کی معلومات کو ای میل کے ذریعے نہیں بھیجا جانا چاہیے