

哮喘藥物施用表 (ASTHMA MEDICATION INFORMATION FORM)

哮喘提供者醫療手續執行表 | 學校健康辦公室 | 2019-2020學年
請交還給學校護士。2019年5月31日之後遞交的表格可能延遲受理新學年服務的申請。

Attach student photo here

Student Last Name _____ First Name _____ Middle Initial _____ Date of Birth ____/____/____
M M D D Y Y Y Y Male Female

OSIS # _____ DOE District ____ Grade/Class _____

School ATSDBN/Name Address, and Borough:

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW (保健專業人員填寫以下內容)

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	Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U <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"/>	
History of asthma-related PICU admissions (ever)	Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U <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"/>	

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		NYS License # (Required)	NPI # _____

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

哮喘藥物施用表 (ASTHMA MEDICATION ADMINISTRATION FORM)

哮喘提供者醫療手續執行表 | 學校健康辦公室 | 2019-2020學年
請交還給學校護士。2019年5月31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

我在下面簽名，表示我同意如下：

- 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。
- 我理解：
 - 我必須把我子女的醫藥和器材（包括無albuterol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。我將給學校提供供我子女在上學日內使用的當前、未過期的醫藥用品。
 - 處方藥物必須在其盒子或瓶子上有原裝藥房標籤。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) 任何其他說明。
 - 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。
 - 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，表示授權學校健康辦公室（Office of School Health, 簡稱OSH）為我子女提供健康服務。這些服務可以包括（但不限於）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，我將交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。
 - 為著給我子女提供護理或治療的目的，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他資訊。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。

自己用藥（僅適用於能自己獨立用藥的學生）：

- 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。

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。

儲存藥物只能由OSH員工在學校使用。

學生姓名	_____	名	_____	中名	_____	出生日期	___/___/___
學校ATSDBN/名稱	_____			學區	_____	行政區	_____
家長/監護人	清楚書寫姓名：_____			在此簽名	簽名：_____		
簽名日期	___/___/___	家長/監護人地址：	_____				
手機	(___) _____	其他電話	(___) _____	電子郵件：	_____		
其他緊急聯絡人姓名/關係：	_____			緊急聯絡電話：	(___) _____		

僅由學校健康辦公室（OSH）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 (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): _____	_____				