

# FORMULAIRE D'ORDONNANCE DE MÉDICAMENTS CONTRE L'ASTHME

Formulaire d'ordonnance de médicaments contre l'asthme du prestataire | Bureau de la Santé Scolaire Année scolaire 2019-2020  
 Veuillez le retourner à l'infirmier(ère) scolaire. Les formulaires présentés après le 31 mai 2019 pourraient causer du retard dans leur traitement pour la nouvelle année scolaire..

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 ATSDBN/Name Address, and Borough:

## HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW (PARTIE À COMPLÉTER PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ)

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 (____) _____	NPI # _____

Email Address	NYS License # (Required)	CDC and AAP strongly recommend annual influenza vaccination for all children diagnosed with asthma.
---------------	--------------------------	---

# FORMULAIRE D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS CONTRE L'ASTHME

Formulaire d'ordonnance de médicaments contre l'asthme du prestataire | Bureau de la Santé Scolaire

Année scolaire 2019-2020

**Veillez le retourner à l'infirmier(ère) scolaire. Les formulaires présentés après le 31 mai 2019 pourraient causer du retard dans leur traitement pour la nouvelle année scolaire..**

## PARTIE À COMPLÉTER PAR LES PARENTS/TUTEURS/TUTRICES

### EN SIGNANT CI-DESSOUS, JE SUIS D'ACCORD AVEC 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 à ses médicaments soit conservé et utilisé à l'école.
- Je comprends que :
  - Je dois donner à l'infirmier(ère) scolaire les médicaments et l'équipement nécessaire de mon enfant, y compris les inhalateurs sans salbutamol (albuterol).
  - 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) toutes autres instructions.
  - 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'infirmier(ère) 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, entre autres, une évaluation clinique et un examen médical par un professionnel de santé ou un(e) infirmier(ère) 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'infirmier(ère) de l'école (selon l'évènement survenant en premier).
  - À l'expiration de cette ordonnance médicale, je donnerai à l'infirmier(ère) scolaire de mon enfant un nouveau MAF rempli par son médecin. 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'infirmier(ère) scolaire indiquant que je ne veux pas que mon enfant soit examiné(e) 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 remplira un nouveau MAF pour que mon enfant puisse continuer à bénéficier des services de santé à travers l'OSH. L'OSH n'aura pas besoin de ma signature pour rédiger de nouveaux MAF contre 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 les services d'administration de médicaments contre l'asthme indiqués dans ce dernier. Cela ne constitue pas un accord de l'OSH pour l'administration des services demandés. Si l'OSH décide de dispenser ces services, mon enfant peut également avoir besoin d'un Plan scolaire d'aménagements. Ce plan sera mis en place par l'école.
  - Afin de dispenser des soins ou un traitement à mon enfant, l'OSH est en droit d'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 de tout professionnel de santé, infirmier(ère), ou pharmacien ayant dispensé des services de santé à mon enfant.

### AUTO-ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS (UNIQUEMENT POUR LES ÉLÈVES AUTONOMES) :

- Je déclare/j'atteste que mon enfant est pleinement formé(e) et qu'il/elle peut prendre son médicament lui-même/elle-même. Je consens à ce que mon enfant transporte, conserve et s'administre lui-même/elle-même à l'école le médicament prescrit sur ce formulaire. J'ai la responsabilité de donner à mon enfant ce médicament mis en flacon ou boîte comme décrit plus haut. Je dois également surveiller la prise de médicament par mon enfant et tous les résultats suivant la prise de ce médicament par mon enfant à l'école. L'infirmier(ère) 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 clairement étiquetés.
- J'accepte que l'infirmier(ère) de l'école ou tout membre du personnel formé administre le médicament à mon enfant s'il/si elle est temporairement incapable de le transporter et de se l'administrer lui-même/elle-même.

**REMARQUE : Si vous décidez d'utiliser les médicaments conservés en réserve, vous devez fournir l'inhalateur contre l'asthme, le stylo auto-injecteur d'adrénaline (épinéphrine) de votre enfant et tout autre médicament approuvé que l'enfant peut prendre seul(e) lors des sorties scolaires et/ou programmes proposés 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 l'élève \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Initiale 2d prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ATSDBN/nom de l'école \_\_\_\_\_ District \_\_\_\_\_ Borough \_\_\_\_\_

Nom du parent/tuteur/tutrice (Majuscules) \_\_\_\_\_ **SIGNEZ ICI** Signature : \_\_\_\_\_

Signé le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Adresse du parent/tuteur/de la tutrice : \_\_\_\_\_

Portable (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Autre numéro (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Autre personne à contacter en cas d'urgence/Lien : \_\_\_\_\_ N de téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### RÉSERVÉ À L'USAGE DU BUREAU DE LA SANTÉ SCOLAIRE (OSH)

OSIS Number: \_\_\_\_\_  504  IEP  Other

Received By Name: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Reviewed By Name: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Services Provided By  Nurse/NP  School-Based Health Center  OSH Public Health Advisor (For supervised students only)  OSH Asthma Case Manager (For supervised students only)

Revisions per Office of School Health after consultation with prescribing practitioner:  Modified  Not Modified

Signature and Title (RN OR MD/DO/NP): \_\_\_\_\_

Confidential information should not be sent by email

FOR PRINT USE ONLY

\*Il est déconseillé d'envoyer des informations confidentielles par e-mail

POUR IMPRESSION UNIQUEMENT