

Attach student photo here

# 천식 투약 양식

천식 제공처 투약 안내 | 학교 보건 담당실 | 2019-2020 학년도

학교 간호사에게 제출하십시오. 양식을 2019년 5월 31일 이후에 제출하면 다음 학년도 처리가 늦어질 수 있습니다.

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:

## 의료 보건 담당자가 다음을 작성하십시오

Diagnosis	Control (see NAEPP Guidelines)	Severity (see NAEPP Guidelines)
<input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Well Controlled <input type="checkbox"/> Not Controlled / Poorly Controlled <input type="checkbox"/> Unknown	<input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Mild Persistent <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 \_\_\_\_\_

<b>Health Care Practitioner</b> (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.

# 천식 투약 양식

천식 제공처 투약 안내 | 학교 보건 담당실 | 2019-2020 학년도  
 학교 간호사에게 제출하십시오. 양식을 2019년 5월 31일 이후에 제출하면 다음 학년도 처리가 늦어질 수 있습니다.  
 학부모/보호자 작성

## 아래 서명하면 다음과 같은 내용에 동의하는 것으로 간주됩니다:

- 저는 자녀의 의료 보건 담당자가 지시한 대로 학교에 아이의 약을 보관하고 사용하는 것에 동의합니다. 학교에 아이의 약을 보관하고 사용하는데 필요한 기구에 동의합니다.
- 저는 다음을 이해합니다:
  - 저는 학교 간호사에게 반드시 비-알부테롤 호흡기를 포함한 자녀의 약과 기구를 제공해야 합니다.
  - 학교에 제공하는 모든 처방 및 일반의약품은 개봉하지 않은 새것으로 원래의 용기 그대로 가져가겠습니다. 학교에 자녀가 학교 생활 중 사용할 수 있도록 유효기간이 지나지 않은 최신 약을 제공하겠습니다.
    - 처방약은 반드시 박스 또는 병에 원래의 약국 라벨이 붙어있어야 합니다. 라벨에는 다음 내용이 포함되어야 합니다: 1) 자녀의 이름, 2) 약국 이름 및 전화번호, 3) 자녀의 주치의 이름, 4) 날짜, 5) 리필 숫자, 6) 약 이름, 7) 복용량, 8) 복용시간, 9) 투약 방법 10) 기타 안내.
  - 저는 자녀의 의료 보건 담당자와 의논하였으며 OSH가 자녀의 천식 처방약이 없을 때는 스톱 약품을 투여하는 것에 동의하였음을 증명/확인합니다.
  - 저는 자녀의 약이나 의사의 지시가 변경되면 즉시 학교 간호사에게 반드시 알려야 합니다.
  - 저는 OSH 및 상기 의료 서비스를 자녀에게 제공하는데 관련된 소속 에이전트가 본 양식에 제공된 정보의 정확함에 의존함을 알고 있습니다.
  - 투약 양식(MAF)에 서명함으로써 저는 학교보건담당실(OSH)이 자녀에게 보건 서비스를 제공하도록 허가합니다. 이 서비스에는 OSH 의료 보건 제공자 또는 간호사의 임상 평가 및 신체 검사가 이들 서비스에 포함되며 이에 국한되지 않습니다.
  - 이 MAF의 약품 처방은 서머 세션을 포함한 자녀의 학년 말 또는 학교 간호사에게 새로운 MAF를 제공할 때 (둘 중 이른 시점) 만료됩니다.
  - 이 약품 안내가 만료되면 저는 자녀의 학교 간호사에게 자녀의 의료 보건 제공자가 작성한 새로운 MAF를 제출하겠습니다. 새로 제출하지 않으면 제가 학교 간호사에게 OSH 의료 보건 제공자가 제 자녀를 검사하는 것을 원하지 않는다는 편지를 제공하지 않는 한 OSH 의료 보건 제공자가 제 자녀를 검사할 수 있습니다. The OSH 보건 관리 제공자는 자녀의 천식 증상 및 천식 약품에 대한 반응을 평가할 수 있습니다. OSH 보건 관리 제공자는 약품 지시를 유지할지 혹은 변경할지 결정할 수 있습니다. OSH 보건 관리 제공자는 새로운 MAF를 작성하여 자녀가 OSH를 통해 계속 보건 서비스를 받을 수 있도록 할 것입니다. OSH는 향후 천식 MAF 작성에 제 서명을 필요로 하지 않습니다. 만약 OSH 보건 관리 담당자가 자녀를 위해 새로운 MAF를 작성한다면 OSH 보건 관리 담당자는 저와 자녀의 보건 관리 제공자에게 안내할 것입니다.
  - 이 양식은 양식에 설명된 천식 서비스에 대한 본인의 동의 및 요청을 대변합니다. OSH가 요청한 서비스를 제공하겠다는 동의서가 아닙니다. OSH가 이런 서비스를 제공하겠다고 결정하면 자녀는 학생 조정계획(Student Accommodation Plan)이 필요할 수 있습니다. 이 계획은 학교가 작성할 것입니다.
  - 자녀에게 케어 또는 치료를 제공할 목적으로 OSH는 자녀의 의료 상태, 약품 또는 치료에 대해 필요하다고 생각하는 정보를 얻을 수 있습니다. OSH는 자녀에게 의료 서비스를 제공하는 의료 보건 제공자, 간호사 또는 약사에게서 이 정보를 구할 수 있습니다.

## 자가 투약(독립적인 학생만 해당):

- 저는 자녀가 스스로 약을 복용하도록 완전히 훈련되어 있고 복용할 수 있음을 보증/확인합니다. 또한 저는 자녀가 양식에 명시된 처방약을 학교에서 소지, 보관 및 자가 투여하는 것에 동의합니다. 상기 설명된 병 또는 박스에 이 약을 자녀에게 주는 것은 제 책임입니다. 자녀의 해당 약품 사용을 모니터링하며 학교에서 해당 약품 사용의 모든 결과에 대한 책임이 본인에게 있음을 인지합니다. 제 아이가 학교에서 약품을 소지 및 자가 투여할 능력이 있는지 학교 간호사가 확인할 것입니다. 또한 학교에 명확한 라벨이 부착된 박스 또는 병에 들어 있는 "여분"의 약품을 제공할 것입니다.
- 저는 자녀가 일시적일 해당 약품을 소지 또는 자가 투여하지 못할 때 학교 간호사 또는 훈련된 학교 직원이 투여하는 것에 동의 합니다.

참고: 비축 약품을 사용하기로 결정하셨다면, 귀하는 반드시 자녀의 천식 흡입기, 에피네프린 및 기타 승인된 자가 투약품을 학교 견학 및/또는 방과 후 프로그램에 적절하게 자녀가 사용할 수 있도록 자녀 편에 보내셔야 합니다.  
 비축 약품은 OSH 직원에 의해 학교 안에서만 사용할 수 있습니다.

학생 성	이름	중간 이니셜	생년월일	___/___/___
학교 ATSDBN/이름	학군		보로	
학부모/보호자 인쇄체 성명:	여기에 서명		서명: _____	
서명 날짜	___/___/___ 학부모/보호자 주소: _____			
휴대전화 ( ___ )	- ___ - ___		기타 전화 ( ___ )	- ___ - ___ 이메일: _____
기타 비상시 연락할 수 있는 사람 성명/관계: _____		비상시 연락 전화번호: ( ___ ) - ___ - ___		

## 학교 보건 담당실(OSH) 전용

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): _____	