學生照片
附此

ASTHMA MEDICATION ADMINISTRATION FORM

提供者藥物要求表 | 學校健康辦公室 | 2024-2025學年

請交還給學校護士/校內健康中心。6月1日之後遞交的表格可能會對新學年的申請程序造成延誤.

學生姓氏: _____ 名字: _____ 中間名首字母: _____ 出生日期: _____

性別: ☐男 ☐ 女 學生身份號碼(OSIS): _____ 年級/班級: _____ 年級/班級: _____

學校（包括：ATS DBN/名稱、地址和行政區）: _____ 教育局學區: _____

健康護理人員填寫以下部分/HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

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
☐ Unknown

Student Asthma Risk Assessment Questionnaire (Y = Yes, N = No, U = Unknown)

History of near-death asthma requiring mechanical ventilation	☐ Y	☐ N	☐ U	
History of life-threatening asthma (loss of consciousness or hypoxic seizure)	☐ Y	☐ N	☐ U	
History of asthma-related PICU admissions (ever)	☐ Y	☐ N	☐ U	
Received oral steroids within past 12 months	☐ Y	☐ N	☐ U	_____ times last: _____
History of asthma-related ER visits within past 12 months	☐ Y	☐ N	☐ U	_____ times last: _____
History of asthma-related hospitalizations within past 12 months	☐ Y	☐ N	☐ U	_____ times last: _____
History of food allergy or eczema, specify: _____	☐ Y	☐ N	☐ U	
Excessive Short Acting Beta Agonist (SABA) use (daily or > 2 times a week)?	☐ Y	☐ N	☐ U	

Home Medications (include over the counter) ☐ None

☐ Reliever: _____ ☐ Controller: _____ ☐ Other: _____

Student Skill Level (select the most appropriate option):

☐ Nurse-Dependent Student: nurse must administer
☐ 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

(individual spacers are provided by the school)

**** If in Respiratory Distress: call 911 and give albuterol 6 puffs: may repeat Q 20 minutes until EMS arrives!**

☐ Albuterol (Schools will only provide generic Albuterol MDI; this will be used if prescribed medication below is unavailable)
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.

Other Quick Relief Medication:
☐ Other Albuterol Dosing: Name: _____ Strength: _____ Dose: ___ puffs every ___ hours. *If not symptom-free within 20 mins may repeat ONCE*
☐ Airsupra (albuterol & budesonide) Strength: _____ Dose: ___ puffs PRN every ___ hours. ***If not symptom-free within 20 mins may repeat ONCE***
☐ Symbicort (formoterol & budesonide) Strength: _____ Dose: ___ puffs every _____ min or ___ hours. ☐ *May repeat ONCE PRN*
☐ Albuterol with ICS: ☐ Albuterol ___ puffs followed by Fluticasone ___ puffs every ___ hours. *If not symptom-free within 20 mins may repeat ONCE*
☐ Albuterol ___ puffs followed by Qvar ___ puffs every ___ hours. *If not symptom-free within 20 mins may repeat ONCE*
☐ Albuterol MDI ___ puffs followed by ICS (Name) _____ Strength: ___ puffs every ___ hours. *If not symptom-free within 20 mins may repeat ONCE*
☐ URI Symptoms/Recent Asthma Flare: 2 puffs @noon for 5 school days when directed by PCP
Name: _____ Dose: ___ puffs / ___ AMP q ___ hours.
☐ **Pre-exercise:** Name: _____ Dose: ___ puffs / ___ AMP 15-20 minutes before exercise.
Special Instructions: _____

Controller Medications for In-School Administration (Recommended for Persistent Asthma, per NAEPP Guidelines)

☐ Fluticasone [Only Fluticasone® 110 mcg MDI is provided by school for shared usage] ☐ Stock ☐ Parent Provided
Standing Daily Dose: ___ puff(s) ☐ one **OR** ☐ two time(s) a day Time: _____ AM and _____ PM
☐ Symbicort (provided by parent). Standing Daily Dose: ___ puff(s) ☐ one **OR** ☐ two time(s) a day Time: _____ AM and _____ PM
Special Instructions: _____
☐ Other ICS (provided by parent) Standing Daily Dose:
Name: _____ Strength: _____ Dose: ___ Route: _____ Frequency: ☐ one or ☐ two time(s) a day Time: _____ AM and _____ PM

Health Care Practitioner

Last Name (Print): _____ First Name (Print): _____ Please check one: ☐ MD ☐ DO ☐ NP ☐ PA

Signature: _____ Date: _____ NYS License # (Required): _____ NPI #: _____

Completed by Emergency Department Medical Practitioner: ☐ Yes ☐ No (ED Medical Practitioners will not be contacted by OSH/SBHC Staff)

Address: _____ Email address: _____

Telephone: _____ FAX: _____ Cell Phone: _____

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

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS 更新於3月24日

FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT

家長必須在第2頁簽名 / PARENTS MUST SIGN PAGE 2 ➔

ASTHMA MEDICATION ADMINISTRATION FORM

提供者藥物要求表 | 學校健康辦公室 | 2024-2025學年

請交還給學校護士/校內健康中心。6月1日之後遞交的表格可能會對新學年的申請程序造成延誤.

家長/監護人通讀、填寫並簽名。我在下面簽名，表示我同意如下：

1. 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。
2. 我理解：
   - 我必須把我子女的醫藥和器材（包括非羥甲異丁腎上腺素albuterol吸入器）交給學校護士/校內健康中心（SBHC）。
   - **我給予學校的所有處方和非處方藥物都必須是新的、未曾開封過並裝在其原封瓶子或盒子裏。我將給學校提供我子女在上學日內需使用的當前、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）我子女的保健專業人員的名稱；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；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/SBHC提供者。
   - 涉及到給我子女提供上述健康服務的學校健康辦公室（OSH）及其代理人員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臨床評估或體檢。
   - 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/SBHC提供者一份新的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/SBHC提供者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/SBHC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保健專業人員可以填寫一份新的MAF，這樣我的子女可以繼續接受OSH所提供的健康服務。我的保健專業人員或OSH保健專業人員將不需要我的簽名來出具以後的哮喘MAF。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「第504款特別照顧計劃」（Section 504 Accommodation Plan）。這份計劃將由學校填寫。
   - 爲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爲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可以向任何為我子女提供健康服務的保健專業人員、護士或藥劑師索取該資訊。

註：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epinephrine 、哮喘吸入器以及其他獲准的藥物，以備您子女使用。儲存藥物只能由OSH員工在學校使用。

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，我子女在學校裏以及在參加學校旅行時自己攜帶、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導致的任何後果。學校護士/SBHC 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）。

學生姓氏: _____ 名字: _____ 中間名首字母: ____ 出生日期：（月/日/年） _____

學校（ATS DBN/名稱）: _____ 行政區: _____ 學區: _____

家長/監護人姓名（用英文清楚書寫）: _____ 家長/監護人電子郵箱: _____

家長/監護人簽名: _____ 簽名日期：（月/日/年）: _____

家長/監護人地址: _____

家長 / 監護人手機號碼: _____ 其他電話 _____

其他緊急聯絡人姓名/關係: _____

其他緊急聯絡人電話: _____

僅供學校健康辦公室（OSH）工作人員填寫 / For Office of School Health (OSH) Use Only

OSIS #: _____ 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 ./ 機密資料不應用電郵傳送。