



여기에 학생
사진 부착

ASTHMA MEDICATION ADMINISTRATION FORM

의료인 투약 지시 양식 | 학교 보건 담당실 | 2024-2025 학년도

학교 간호사/학교 보건 센터에 제출하십시오. 6월 1일 이후 제출된 양식은 새 학년도 처리가 지연될 수 있습니다.

학생 성: _____ 이름: _____ 중간이름 _____ 생년월일: (월/일/년): _____
 성별: 남 여 OSIS 번호: _____ 학년: _____ 학급: _____
 학교(이름, 번호, 주소 보로 포함): _____ 교육청 학군: _____

아래 보건 케어 담당자 작성 / HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

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
		<input type="checkbox"/> Unknown

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

History of near-death asthma requiring mechanical ventilation	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	
History of life-threatening asthma (loss of consciousness or hypoxic seizure)	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	
History of asthma-related PICU admissions (ever)	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	
Received oral steroids within past 12 months	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	_____ times last: _____
History of asthma-related ER visits within past 12 months	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	_____ times last: _____
History of asthma-related hospitalizations within past 12 months	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	_____ times last: _____
History of food allergy or eczema, specify: _____	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> U	
Excessive Short Acting Beta Agonist (SABA) use (daily or > 2 times a week)?	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> 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 Rev 3/24
 FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT 학부모는 반드시 2페이지에 서명해야 합니다 / PARENTS MUST SIGN PAGE 2 →

ASTHMA MEDICATION ADMINISTRATION FORM

의료인 투약 지시 양식 | 학교 보건 담당실 | 2024-2025 학년도

학교 간호사/학교 보건 센터에 제출하십시오. 6월 1일 이후 제출된 양식은 새 학년도 처리가 지연될 수 있습니다.

학부모/보호자는 읽고, 작성한 후 서명. 아래 서명함으로써, 저는 다음과 같은 내용에 동의합니다:

- 저는 자녀의 의료 보건 담당자가 지시한 대로 학교에 자녀의 약을 보관하고 사용하는 것에 동의합니다. 저는 또한 학교에 자녀의 약에 필요한 장비를 학교에 보관 및 사용하는 것에 동의합니다.
- 저는 다음 사항을 이해합니다:
 - 저는 학교 간호사/학교 보건 센터(SBHC) 의료인에게 반드시 비-알부테롤 호흡기를 포함한 자녀의 약품과 물품을 제공할 것입니다.
 - 학교에 제공하는 모든 처방 및 "일반 의약품"은 개봉하지 않은 새것을 원래 용기 그대로 가져가겠습니다. 학교에 자녀가 학교 일과 중 사용할 수 있도록 유효기간이 지나지 않은 최신 약을 제공할 것입니다.
 - 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 의사 이름, 4) 날짜, 5) 리필 숫자, 6) 약 이름, 7) 복용량(8) 약품 복용 시간, 9) 약품 투약 방법 10) 기타 지침.
 - 저는 자녀의 의료 서비스 제공자와 의논하였거는 학교 보건 담당실(OSH)이 자녀의 천식 처방약이 없을 때는 비축 약품을 투여하는 것에 동의하였음을 증명/확인합니다.
 - 저는 자녀의 약이나 의사의 지시가 변경되면 반드시 즉시 학교 간호사/SBHC 의료인에게 알려야 합니다.
 - 저는 학교 보건 담당실(OSH) 및 상급 의료 서비스를 자녀에게 제공하는데 관련된 소속 에이전트가 본 양식에 제공된 정보의 정확성에 의존함을 알고 있습니다.
 - 본 투약 양식(MAF)에 서명함으로써 저는 OSH가 자녀에게 의료 서비스를 제공하도록 허가합니다. 이들 서비스에는 OSH 의료 서비스 제공자 또는 간호사의 임상 진단 또는 신체 검사가 포함될 수 있지만 이에 국한되지는 않습니다.
 - 이 MAF의 약품 처방은 서머 세션을 포함한 제 자녀의 학년 말 또는 학교 간호사/SBHC 의료인에게 새로운 MAF를 제공할 때(둘 중 이른 시점) 만료됩니다.
 - 이 약품 지시가 만료되면 저는 자녀의 학교 간호사/SBHC 의료인에게 자녀의 의료 서비스 제공자가 작성한 새로운 MAF를 제출하겠습니다. 이 양식이 새로 제출하지 않으면 제가 학교 간호사/SBHC 에게 OSH 의료 서비스 제공자가 제 자녀를 검사하는 것을 원하지 않는다는 편지를 제공하지 않는 한 OSH 의료 서비스 제공자가 제 자녀를 검사할 수 있습니다. OSH 의료 서비스 제공자는 자녀의 천식 증상 및 천식 약품에 대한 반응을 평가할 수 있습니다. OSH 의료 서비스 제공자는 약품 지시를 유지할지 혹은 변경할지 결정할 수 있습니다. OSH 의료 서비스 제공자는 새로운 MAF를 작성하여 자녀가 OSH 를 통해 계속 보건 서비스를 받을 수 있도록 할 수 있습니다. 제 의료 서비스 제공자 또는 OSH 의료 서비스 제공자는 차후 천식 MAF 작성 시 제 서명이 필요 없습니다. 만약 OSH 의료 서비스 제공자가 제 자녀의 신규 MAF를 작성한다면 OSH 의료 서비스 제공자는 저와 자녀의 의료 서비스 제공자에게 알려려고 노력할 것입니다.
 - 이 양식은 양식에 설명된 천식 서비스에 대한 본인의 동의 및 요청을 대변합니다. 이것은 OSH 의료 서비스 제공자가 요청한 서비스를 제공하겠다는 동의가 아닙니다. OSH 가 이들 서비스를 제공하겠다고 결정하면, 제 자녀는 또한 섹션 504 조정 계획이 필요할 수 있습니다. 이 계획은 학교가 작성할 것입니다.
 - 제 자녀에게 돌봄 또는 치료를 제공할 목적으로 OSH 는 제 자녀의 의료 상태, 약품 또는 치료 관련 필요하다고 생각하는 기타 정보를 얻을 수 있습니다. OSH 는 제 자녀에게 의료 서비스를 제공한 어떤 의료 서비스 제공자, 간호사 또는 약사로부터도 이런 정보를 얻을 수 있습니다.

노트: 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.

자가 투약(독립적인 학생만 해당):

- 저는 자녀가 스스로 약을 복용하도록 완전히 훈련되어 있고 복용할 수 있음을 보증/확인합니다. 또한 저는 자녀가 양식에 명시된 처방약을 학교 및 견학에서 소지, 보관 및 자가 투여하는 것에 동의합니다. 상기 설명된 병 또는 박스에 이 약을 자녀에게 주는 것은 제 책임입니다. 자녀의 해당 약품 사용을 모니터하고 학교에서 제 자녀의 해당 약품 사용으로 인한 모든 결과는 또한 제 책임입니다. 제 자녀가 학교에서 약품을 소지 및 자가 투여할 능력이 있는지 학교 간호사/SBHC 가 확인할 것입니다. 또한 학교에 명확한 라벨이 부착된 박스 또는 병에 들어 있는 "여분"의 약품을 제공하는 것에 동의합니다.

학생 성: _____ 이름: _____ 중간 이니셜: _____ 생년월일: _____
학교(ATS DBN/이름): _____ 도로: _____ 학교: _____
학부모/보호자 성명(인쇄체): _____ 학부모/보호자 이메일: _____
학부모/보호자 서명: _____ 서명 날짜: _____
학부모/보호자 주소: _____
학부모/보호자 휴대 전화: _____ 기타 전화: _____
기타 비상시 연락할 수 있는 사람 성명/관계: _____
기타 비상시 연락 전화: _____

학교 보건 담당실(OSH) 만 사용 / 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 / 비밀유지가 필요한 정보는 이메일로 보내지 마십시오