أرفق صورة التلميذ(ة) هنا

ASTHMA MEDICATION ADMINISTRATION FORM

استمارة طلب الدواء من المزود | مكتب الصحة المدرسية | للعام الدراسي **2025-2026**

يرجى إعادتها إلى ممرضة المدرسة/ المركز الصحي المدرسي. الاستمارات المقدمة بعد يوم 1 يونيو/ حزيران قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد.

الاسم الأخير للتلميذ(ة):_____ الاسم الأول:_____ الأحرف الأولى من الاسم الأوسط:_____ تاريخ الميلاد: سنة/ يوم/ شهر _____

الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى رقم التعريف المدرسي (OSIS):_____ الصف:_____ الفصل:_____

المدرسة (رقم تعريف المدرسة (ATS DBN)/ الاسم، والعنوان، والحي):_____ المنطقة التعليمية لإدارة التعليم:_____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW / يقوم ممارس الرعاية الصحية بإكمال الجزء أدناه

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. Schools will only provide Albuterol MDI and Fluticasone 110 ucg

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

Standard Albuterol Order: *Albuterol: Give 2 puffs Q4 prn cough, wheezing, difficulty breathing, chest tightness or shortness of breath*
Monitor for 20 mins or until symptom-free. If not symptom-free within 20 mins may repeat ONCE.

☐ **Pre-exercise**: Name:_____ Dose: _____puffs/ _____AMP 15-20 mins before exercise.

☐ **URI Symptoms/Recent Asthma Flare:**
Name:_____Dose: _____puffs/ _____AMP q _____hrs for ____ days when directed by PCP

Other Quick Relief Medication instead of Standard Albuterol Order: SMART/MART (ginasthma.org)
Administer medication for respiratory symptoms: cough, wheezing, difficulty breathing, chest tightness, or shortness of breath; if not symptom free in 20 minutes, may repeat ONCE.
The Standard Albuterol Order will be implemented if medication prescribed below is unavailable.

☐ Budesonide/formoterol **(provided by parent)**: Strength:_____ Dose: ☐ 1 puff ☐ 2 puffs every 4 hours PRN respiratory symptoms
☐ Albuterol with ICS: Albuterol 2 puffs plus Fluticasone 110 ucg 1 puff every 4 hours PRN respiratory symptoms.
☐ Albuterol with ICS: Albuterol: 2 puffs plus Fluticasone 110 ucg ____ puffs every 4 hours PRN respiratory symptoms.

Albuterol____ puffs + ICS **(provided by parent)** Name: _____ Strength _____ : ____ puffs every 4 hours PRN respiratory symptom
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.

Rev 6/25 INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS

← **PARENTS MUST SIGN PAGE 2 / يجب على الآباء توقيع الصفحة 2** FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT

ASTHMA MEDICATION ADMINISTRATION FORM

استمارة طلب الدواء من المزود | مكتب الصحة المدرسية | للعام الدراسي **2025-2026**

يرجى إعادتها إلى ممرضة المدرسة/ المركز الصحي المدرسي. الاستمارات المقدمة بعد يوم 1 يونيو/ حزيران قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد.

الآباء/ أولياء الأمور، أقرؤوا واكملوا ووقعوا هذه الاستمارة. بتوقيعي أدناه، أوافق على ما يلي:

1. أوافق على أن يتم تخزين الدواء الخاص بطفلي وإعطائه في المدرسة بناءً على توجيهات ممارس الرعاية الصحية لطفلي. أوافق أيضاً على أن يتم تخزين أية معدات مطلوبة لتقديم دواء طفلي واستخدامها في المدرسة.
2. وأنا أدرك أنه:

- يجب أن أعطي ممرض(ة) المدرسة/ المركز الصحي المدرسي (SBHC) الدواء والمعدات، بما في ذلك أجهزة الاستنشاق التي لا تحتوي على ألبوتيرول (albuterol).
- **يجب أن تكون جميع الأدوية "التي تصرف بدون وصفة طبية" والتي أعطيها للمدرسة جديدة وغير مفتوحة، وفي القارورة أو العلبة الأصلية. سوف أقدم للمدرسة بالأدوية الحالية الصالحة لاستخدام طفلي أثناء أيام الدراسة.**
  - يجب أن تحمل الأدوية الموصوفة طبياً ملصق الصيدلية **الأصلي** على القارورة أو العلبة. يجب أن يشتمل الملصق على: 1) اسم طفلي، و2) اسم الصيدلية ورقم هاتفها، و3) اسم ممارس الرعاية الصحية لطفلي، و4) التاريخ، و5) عدد مرات إعادة التعبئة، و6) اسم الدواء، و7) الجرعة، و8) متى يتم تناول الدواء، و9) كيفية تناول الدواء، و10) أية إرشادات أخرى.
- أقر/ أؤكد بموجبه بأنني تشاورت مع مقدم الرعاية الصحية لطفلي وأنني أصرح لمكتب الصحة المدرسية (OSH) الدواء المخزون في حالة عدم توفر دواء الربو لطفلي.
- يجب أن أخبر ممرض(ة) المدرسة/ المركز الصحي المدرسي (SBHC) **فوراً** بأي تغيير في دواء طفلي أو تعليمات الطبيب.
- يعتمد مكتب الصحة المدرسية (OSH) ووكلاءه المشاركين في تقديم الخدمة (الخدمات) الصحية المذكورة أعلاه إلى طفلي على دقة المعلومات المقدمة في هذه الاستمارة.
- بتوقيعي على استمارة إعطاء الدواء هذه (MAF)، فإنني أمنح موافقتي لمكتب الصحة المدرسية (OSH) على تقديم الخدمات الصحية لطفلي. وأنا أدرك أن هذه الخدمات قد تتضمن تقييماً اكلينيكياً أو فحصاً بدنياً من طرف ممارس الرعاية الصحية أو الممرض(ة) بمكتب الصحة المدرسية (OSH).
- ينتهي طلب إعطاء الدواء في استمارة (MAF) هذه في نهاية العام الدراسي لطفلي، والذي قد يشمل الحصص الصيفية، أو عندما أعطي ممرضة المدرسة/ المركز الصحي المدرسي (SBHC) استمارة (MAF) جديدة (أيهما أقرب).
- عندما تنتهي صلاحية طلب تقديم العلاج هذا، سأقدم لممرضة طفلي المدرسية/ المركز الصحي المدرسي (SBHC) استمارة (MAF) جديدة مكتوبة بواسطة ممارس الرعاية الصحية لطفلي. إذا لم يتم ذلك، فيمكن لممارس الرعاية الصحية التابع لمكتب الصحة المدرسية (OSH) أن يقوم بفحص طفلي ما لم أقدم رسالة إلى ممرضة مدرستي تفيد بأنني لا أريد فحص طفلي من قبل ممارس الرعاية الصحية التابع لمكتب الصحة المدرسية (OSH). يمكن لممارس الرعاية الصحية بمكتب الصحة المدرسية (OSH) تقييم أعراض الربو لدى طفلي والاستجابة بدواء موصوف للربو. قد يقرر ممارس الرعاية الصحية بمكتب الصحة المدرسية (OSH) ما إذا كانت طلبات الدواء ستبقى كما هي أم يجب تغييرها.سوف يقوم ممارس الرعاية الصحية التابع لمكتب الصحة المدرسية (OSH) بتعبئة استمارة (MAF) جديدة لكي يمكن لطفلي أن يستمر في تلقي الخدمات الصحية من خلال مكتب الصحة المدرسية (OSH). لن يحتاج ممارس الرعاية الصحية التابع لمكتب الصحة المدرسية (OSH) إلى توقيعي لكتابة استمارات (MAFs) للربو في المستقبل. إذا قام ممارس الرعاية الصحية التابع لمكتب الصحة المدرسية (OSH) بتعبئة استمارة (MAF) لطفلي، سيقوم ممارس الرعاية الصحية التابع لمكتب الصحة المدرسية (OSH) بمحاولة اخطاري بذلك وإخطار ممارس الرعاية الصحية الخاص بطفلي.
- تمثل هذه الاستمارة موافقتي وطلب تقديم خدمات الربو المذكورة في هذه الاستمارة، ويمكن إرسالها بشكلٍ مباشر إلى مكتب الصحة المدرسية (OSH). وهي لا تمثل اتفاقاً مع مكتب الصحة المدرسية (OSH) لتوفير الخدمات المطلوبة. إذا قرر مكتب الصحة المدرسية (OSH) تقديم هذه الخدمات، قد يحتاج طفلي أيضاً إلى خطة تسهيلات الفقرة 504. ستقوم المدرسة بوضع هذه الخطة.
- لأغراض تقديم الرعاية الصحية أو العلاج لطفلي، يمكن لمكتب الصحة المدرسية (OSH) الحصول على أي معلومات أخرى يعتقد أنها ضرورية عن الحالة الطبية لطفلي أو أدويته أو علاجه. قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على هذه المعلومات من أي ممارس رعاية صحية أو ممرضة أو صيدلي قدم خدمات صحية لطفلي.

ملاحظة: إذا لم توافق على استخدام الدواء المخزون، يجب عليك إرسال عقار (epinephrine) الخاص بطفلك، وجهاز الاستنشاق للربو والأدوية الأخرى المسموح له بتناولها ذاتياً مع طفلك في يوم الرحلة المدرسية و/ أو برامج ما بعد الدوام المدرسي ليكون متوفراً معه. تستخدم الأدوية المخزونة فقط من قبل موظفي مكتب الصحة المدرسية (OSH) في المدرسة فقط.

تناول الدواء بشكل ذاتي (للتلاميذ المستقلين فقط):

- أقر/ أؤكد أن طفلي قد تلقى تدريباً كاملاً ويمكنه تناول الدواء بنفسه. أوافق على أن يقوم طفلي بحمل وتخزين وتناول الدواء الموصوف على هذه الاستمارة بنفسه في المدرسة والرحلات المدرسية. أنا مسؤول عن إعطاء طفلي هذا الدواء في قوارير أو عبوات كما هو موضح أعلاه. أنا أيضا مسؤول عن مراقبة استخدام طفلي للدواء، وعن جميع نتائج استخدام طفلي لهذا الدواء في المدرسة. ستؤكد ممرضة المدرسة/ المركز الصحي المدرسي (SBHC) قدرة طفلي على حمل الدواء وإعطائه الدواء. كما أوافق على إعطاء دواء "احتياطياً" للمدرسة في قارورة أو عبوة معنونة بوضوح.

الاسم الأخير للتلميذ(ة): _____ الاسم الأول: _____ الأوسط: ___ تاريخ الميلاد: سنة/ يوم/ شهر _____

المدرسة (رقم ATS DBN/ الاسم): _____ الحي: _____ المنطقة التعليمية: _____

اسم الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر (بخط واضح): _____ عنوان البريد الإلكتروني للوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر: _____

توقيع الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر: _____ تاريخ التوقيع: _____

عنوان الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر: _____

رقم الهاتف المحمول للوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر: _____ هاتف آخر: _____

الاسم والعلاقة لطرف الاتصال الآخر: _____

رقم هاتف طرف الاتصال الآخر: _____

For Office of School Health (OSH) Use Only / لاستخدام مكتب الصحة المدرسية (OSH) فقط

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