

Joindre ici la
photo de
l'élève

ASTHMA MEDICATION ADMINISTRATION FORM

Formulaire d'ordonnance médicale du prestataire | Bureau de la santé scolaire | Année scolaire 2025-2026

À retourner à l'infirmière scolaire/au centre de santé scolaire.

Les formulaires soumis après le 1^{er} juin peuvent retarder leur traitement pour la nouvelle année scolaire.

Nom de famille de l'élève: _____ Prénom: _____ Initiale (2e prénom): _____ Date de naissance : (m/j/a): _____
Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin Numéro OSIS : _____ Grade _____ Classe : _____
École (indiquer : ATS DBN/nom, adresse et borough) : _____ District du DOE : _____

PARTIE À COMPLÉTER PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ / 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. 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.

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS

Rev 6/25

FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT

LES PARENTS DOIVENT SIGNER LA PAGE 2 / PARENTS MUST SIGN PAGE 2 →

ASTHMA MEDICATION ADMINISTRATION FORM

Formulaire d'ordonnance médicale du prestataire | Bureau de la santé scolaire | Année scolaire 2025-2026

À retourner à l'infirmière scolaire/au centre de santé scolaire.

Les formulaires soumis après le 1^{er} juin peuvent retarder leur traitement pour la nouvelle année scolaire.

PARENTS/TUTEURS/TUTRICES LISEZ, COMPLÉTEZ ET SIGNEZ. EN SIGNANT CI-DESSOUS, J'ACCEPTE 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 aux médicaments de mon enfant soit conservé et utilisé à l'école.
- Je comprends que :
 - Je dois donner à l'infirmière scolaire/au centre de santé scolaire (School Based Health Center – SBHC) les médicaments et l'équipement nécessaire de mon enfant, y compris les inhalateurs sans salbutamol (albutérol).
 - 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) toute autre instruction.
 - 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'infirmière scolaire/le SBHC 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 une évaluation clinique et un examen médical par un professionnel de santé ou une infirmière 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'infirmière scolaire/au prestataire du SBHC (selon l'évènement survenant en premier).
 - Lorsque l'ordonnance médicale arrivera à expiration, je donnerai à l'infirmière de l'école de mon enfant/au prestataire SBHC un nouveau MAF rempli par le médecin de mon enfant. 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'infirmière de l'école indiquant que je ne veux pas que mon enfant fasse l'objet d'un examen 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 peut remplir un nouveau MAF pour que mon enfant puisse continuer à bénéficier des services de santé à travers l'OSH. Mon médecin ou le professionnel de santé de l'OSH n'aura pas besoin de ma signature pour rédiger de nouveaux MAF pour 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 des services d'administration de médicaments contre l'asthme décrits ici, et peut être envoyé directement à l'OSH. Cela ne constitue pas un accord de l'OSH pour fournir les services demandés. Si l'OSH décide de dispenser ces services, mon enfant peut également avoir besoin d'un plan d'aménagements de la Section 504. Ce plan sera mis en place par l'école.
 - Afin de dispenser des soins ou un traitement à mon enfant, l'OSH peut 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 auprès des professionnels de santé, des infirmières ou des pharmaciens ayant dispensé des services de santé à mon enfant.

REMARQUE : si vous décidez d'utiliser les médicaments en réserve, vous devez fournir à votre enfant un inhalateur contre l'asthme, le stylo auto-injecteur d'adrénaline (épinéphrine) et les autres médicaments approuvés lors de sorties scolaires et/ou de programmes après l'école. Les médicaments en réserve sont pour l'usage du personnel de l'OSH à l'école.

POUR L'AUTOADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS (UNIQUEMENT POUR LES ÉLÈVES AUTONOMES) :

- Je déclare/j'atteste que mon enfant est pleinement formé(e) et qu'il ou elle peut prendre son médicament en toute autonomie. Je consens à ce que mon enfant transporte, conserve et s'administre en toute autonomie le médicament prescrit dans ce formulaire à l'école et lors de sorties scolaires. Je suis responsable de donner à mon enfant ces médicaments dans leurs boîtes ou flacons, comme décrit ci-dessus. Je suis également responsable de la surveillance de la prise de médicaments par mon enfant et de toutes les conséquences de l'utilisation de ce médicament par mon enfant à l'école. L'infirmière scolaire/le SBHC 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 dont l'étiquette est lisible.

Nom de famille de l'élève : _____ Prénom : _____ Initiale (2e prénom): _____ Date de naissance : (m/j/a) _____
École (nom/ATS DBN) : _____ Borough: _____ District: _____
Nom du parent/tuteur/de la tutrice (majuscules) : _____ E-mail du parent/tuteur/de la tutrice : _____
Signature du parent/tuteur/de la tutrice : _____ Date de signature : _____
Adresse du parent/tuteur/de la tutrice : _____
Téléphone portable du parent/tuteur/de la tutrice : _____ Autre téléphone: _____
Autre personne à contacter en cas d'urgence/liens : _____
Téléphone de l'autre personne à contacter en cas d'urgence : _____

Réservé à l'usage du Bureau de la santé scolaire (OSH) / 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