



FORMULARI PËR ADMINISTRIMIN E ILAÇEVE PËR ASTMË

Formulari i Urdhrit të Mjekut për Ilaçet | Zyra e Shëndetit në Shkollë (Office of School Health) | Viti Shkollor 2025–2026

Ju lutemi dorëzoni tek Infermierja e Shkollës/Qendra Shëndetësore në Shkollë (School Based Health Center).

Formularët e dorëzuar pas datës 1 qershor mund të shkaktojnë vonesa në përpunim për vitin e ri shkollor.

Nxënësi Mbiemri: _____ Emri: _____ Iniciali i Emrit të Mesëm: _____ Data e Lindjes (d/m/v): _____
Gjinia: ☐ Mashkull ☐ Femër OSIS #: _____ Klasa: _____ Lënda: _____
Shkolla (përfshini ATS DBN/emrin, numrin, adresën dhe komunën): _____ Distrikti DOE: _____

PLOTËSOHET NGA PRAKTIKUESI I KUJDESIT SHËNDETËSOR/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

Rishikuar 3/25

FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT

PRINDËRIT DUHET TË NËNSHKRUAJNË FAQEN 2 →

FORMULARI PËR ADMINISTRIMIN E ILAÇEVE PËR ASTMË

Formulari i Urdhrit të Mjekut për Ilaçet | Zyra e Shëndetit në Shkollë (Office of School Health) | Viti Shkollor 2025–2026

Ju lutemi dorëzoni tek Infermierja e Shkollës/Qendra Shëndetësore në Shkollë (School Based Health Center).

Formularët e dorëzuar pas datës 1 qershor mund të shkaktojnë vonesa në përpunim për vitin e ri shkollor.

PRINDËR/KUJDESTARË: LEXONI, PLOTËSONI DHE NËNSHKRUANI. DUKE NËNSHKRUAR MË POSHTË, UNË PRANOJ SA VIJON:

- Jap pëlqimin që ilaçi i fëmijës tim të ruhet dhe të jepet në shkollë sipas udhëzimeve nga ofruesi i kujdesit shëndetësor të fëmijës tim. Gjithashtu jap pëlqimin që çdo pajisje e nevojshme për ilaçet e fëmijës tim të ruhet dhe përdoret në shkollë.
- E kuptoj se:**
 - Unë duhet t'i dorëzoj infermieres së shkollës/ofruesit të qendrës shëndetësore në shkollë (SBHC) ilaçet dhe pajisjet e fëmijës tim, përfshirë inhalatorët që nuk përmbajnë albuterol.
 - Të gjitha ilaçet me receta dhe ato pa receta që i dorëzoj shkollës duhet të jenë të reja, të pahapura dhe në shishe ose kuti origjinale. Unë do të siguroj që shkolla të ketë ilaçe të vlefshme dhe jo të skaduar për përdorim nga fëmija im gjatë ditëve të shkollës.**
 - Ilaçet me receta duhet të kenë etiketën origjinale të farmacistë në kuti ose në shishe. Etiketa duhet të përfshijë: 1) emrin e fëmijës tim, 2) emrin dhe numrin e telefonit të farmacistë, 3) emrin e ofruesit të kujdesit shëndetësor të fëmijës tim, 4) datën, 5) numrin e rimbushjeve, 6) emrin e ilaçit, 7) dozën, 8) kur të merret ilaçi, 9) si të merret ilaçi dhe 10) çdo udhëzim tjetër.
 - Unë vërtetoj/konfirmoj se kam biseduar me ofruesin e kujdesit shëndetësor të fëmijës tim dhe jap pëlqimin që Zyra e Shëndetit në Shkollë (OSH) t'i japë fëmijës tim ilaç nga stoku në rast se ilaçi për astmën e fëmijës tim nuk është i disponueshëm.
 - Unë duhet të informoj **menjëherë** infermierin e shkollës/ofruesin e SBHC për çdo ndryshim në ilaçin e fëmijës tim ose në udhëzimet e ofruesit të kujdesit shëndetësor.
 - Zyra e Shëndetit në Shkollë (OSH) dhe përfaqësuesit e saj të përfshirë në ofrimin e shërbimeve të mësipërme shëndetësore për fëmijën tim po mbështeten në saktësinë e informacionit në këtë formular.
 - Duke nënshkruar këtë Formular për Përdorimin e Ilaceve (MAF), unë autorizoj Zyrën e Shëndetit në Shkollë (OSH) që t'i ofroj fëmijës tim shërbime shëndetësore të lidhura. Këto shërbime mund të përfshijnë, por nuk kufizohen vetëm në, një vlerësim klinik ose një kontroll fizik nga një ofrues shëndetësor ose infermiere e OSH.
 - Urdhri për ilaçin në këtë MAF skadon në fund të vitit shkollor të fëmijës tim, i cili mund të përfshijë edhe sesionin e verës, ose kur unë i dorëzoj infermieres së shkollës/ofruesit të SBHC një MAF të ri (cilado ndodh më herët).
 - Kur ky urdhër për ilaçin të skadojë, unë do t'i dorëzoj infermieres së shkollës/ofruesit të SBHC një formular të ri MAF të shkruar nga ofruesi i kujdesit shëndetësor të fëmijës tim. Nëse kjo nuk bëhet, një ofrues shëndetësor i Zyrës së Shëndetit në Shkollë (OSH) mund ta ekzaminojë fëmijën tim, përveç nëse unë dorëzoj një letër tek infermierja e shkollës/SBHC ku deklaroj se nuk dua që fëmija im të ekzaminohet nga një ofrues i OSH. Ofruesi i kujdesit shëndetësor i OSH mund të vlerësojë simptomat e astmës së fëmijës tim dhe reagon ndaj ilaçit të përshkruar për astmën. Ofruesi i OSH mund të vendosë nëse urdhri për ilaçin do të mbetet i njëjtë apo ka nevojë të ndryshohet. Ofruesi i kujdesit shëndetësor i OSH mund të plotësojë një formular të ri MAF që fëmija im të vazhdojë të marrë shërbime shëndetësore përmes OSH. As ofruesi im i kujdesit shëndetësor dhe as ai i OSH nuk do të kenë nevojë për nënshkrimin tim për të plotësuar formularë të ardhshëm MAF për astmën. Nëse ofruesi i kujdesit shëndetësor i OSH plotëson një MAF të ri për fëmijën tim, ofruesi i kujdesit shëndetësor i OSH do të përpikët të më informojë mua dhe ofruesin shëndetësor të fëmijës tim.
 - Ky formular përfaqëson pëlqimin dhe kërkesën time për shërbimet për astmën të përshkruara në këtë formular dhe mund të dërgohet direkt në OSH. Ky nuk është një marrëveshje nga Zyra e Shëndetit në Shkollë (OSH) për të ofruar shërbimet e kërkuara. Nëse OSH vendos t'i ofroj këto shërbime, fëmija im mund të ketë gjithashtu nevojë për një Plan Akomodimi për Nxënësin (504 Accommodation Plan). Ky plan do të përpilohet nga shkolla.
 - Për qëllime të ofrimit të kujdesit ose trajtimit për fëmijën tim, OSH mund të marrë çdo informacion që e konsideron të nevojshëm në lidhje me gjendjen mjekësore, ilaçet ose trajtimin e fëmijës tim. OSH mund ta marrë këtë informacion nga çdo ofrues shëndetësor, infermier/e ose farmacist që i ka dhënë fëmijës tim shërbime shëndetësore.

SHËNIM: Nëse vendosni të përdorni ilaç nga stoku, duhet të dërgoni me fëmijën tuaj epinefrinën, inhalatorin për astmë dhe ilaçet e tjera të miratuara gjatë ekskursioneve shkollore dhe/ose programeve pas shkollës. Ilacet nga stoku mund të përdoren vetëm në shkollë nga stafi i Zyrës së Shëndetit në Shkollë (OSH).

PËR VETË-ADMINISTRIM TË ILAÇEVE (VETËM NXËNËS TË PAVARUR):

- Unë vërtetoj/konfirmoj se fëmija im është trajnuar plotësisht dhe është në gjendje të marrë ilaçet vetë. Jap pëlqimin që fëmija im t'i mbajë me vete, t'i ruajë dhe t'i administrojë vetë ilaçet e përshkruara në këtë formular në shkollë dhe gjatë ekskursioneve. Unë jam përgjegjës për t'ia dhënë fëmijës tim ilaçet në shishe ose kuti të përshkruara sipas udhëzimeve më sipër. Gjithashtu, unë jam përgjegjës për të monitoruar përdorimin e ilaceve nga fëmija im dhe për çdo pasojë që vjen nga përdorimi i këtyre ilaceve në shkollë. Infermierja e shkollës ose ofruesit e SBHC do të konfirmojnë aftësinë e fëmijës tim për të mbajtur dhe administruar vetë ilaçin. Unë gjithashtu pajtohem që t'i jap shkollës një dozë rezervë të ilaçit në një shishe ose kuti të etiketuar qartë.

Nxënësi Mbiemri: _____ Emri: _____ Ml: _____ Data e Lindjes (dd/mm/vv): _____
Shkolla (ATS DBN/Emri): _____ Bashkia (Borough): _____ Distrikti: _____
Emri i Prindit / Kujdestarit: _____ Emaili i Prindit/Kujdestarit: _____
Nënshkrimi i Prindit/Kujdestarit: _____ Data e Nënshkrimit: _____
Adresa e Prindit/Kujdestarit: _____
Nr. i celularit të Prindit/Kujdestarit: _____ Telefon tjetër: _____
Emër/Kujdestar tjetër për emergjencë dhe marrëdhënia me nxënësin: _____
Nr. telefoni i kontaktit tjetër për emergjencë: _____

Për Përdorim të Zyrës së Shëndetit në Shkollë (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 Counselor: ☐ 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