



哮喘药物施用表

提供者药物要求表 | 学校健康办公室 | 2025-2026 学年

请交还给学校护士/校内健康中心。6月1日之后递交的表格可能会对新学年的申请程序造成延误。

学生姓氏: _____ 名字: _____ 中间名首字母: _____ 出生日期: _____
性别: ☐ 男 ☐ 女 学生身份号码(OSIS): _____ 年级/班级: _____ 年级/班级: _____
学校 (包括: ATS DBN/名称、地址和行政区): _____ 教育局学区: _____

健康护理人员填写以下部分 / 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. 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
FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT

Rev 3/25

家长必须在第2页签名 / PARENTS MUST SIGN PAGE 2 →

哮喘药物施用表

提供者药物要求表 | 学校健康办公室 | 2025-2026 学年

请交还给学校护士/校内健康中心。6月1日之后递交的表格可能会对新学年的申请程序造成延误

家长/监护人通读、填写并签名。我在下面签名，表示我同意如下：

- 我同意，学校保存我子女的医药并根据我子女的保健专业人员的说明给药。我也同意，我子女的医药所需的任何器材都在学校里储存和使用。
- 我理解：
 - 我必须把我子女的医药和器材（包括非羟甲异丁肾上腺素albuterol吸入器）交给学校护士/校内健康中心（SBHC）。
 - 我给予学校的所有处方和非处方药物都必须是新的、未曾开封过并装在其原封瓶子或盒子里。我将给学校提供我子女在上学期内需使用的当前、未过期的医药用品。
 - 处方药物必须在其盒子或瓶子上有原装药房标签。标签必须包括：1) 我子女的姓名；2) 药房名称和电话号码；3) 我子女的保健专业人员的名称；4) 日期；5) 重配次数；6) 药物名称；7) 剂量；8) 何时用药；9) 如何用药；10) 任何其他说明。
 - 我谨此证明/确认，我已咨询我子女的保健专业人员，并且我同意学校健康办公室在万一我子女没有哮喘药物之际可以给我子女施用储存的药物。
 - 如果我子女的药物发生任何变化或者医生的说明有任何变化，我必须立即告知学校护士/SBHC提供者。
 - 涉及到给我子女提供上述健康服务的学校健康办公室（OSH）及其代理人员依赖于本表资讯的精确度。
 - 我在这一「药物施用表」（Medication Administration Form，简称MAF）上签名，表示授权学校健康办公室（Office of School Health，简称OSH）为我子女提供健康服务。这些服务可以包括（但不限于）由一名OSH办公室保健专业人员或护士所执行的临床评估或体检。
 - 这份MAF表的医疗执行手续的过期时间是我子女的学年结束（这可能包括暑期班）或者当我交给学校护士/SBHC提供者一份新的MAF（取两者中较早的那个时间）。
 - 当这份医疗手续执行要求过期时，我将交给我子女的学校护士/SBHC提供者一份新的由我子女的保健专业人员出具的MAF。如果这一点没有做到，一名OSH保健专业人员可以检查我子女，除非我给学校护士/SBHC出具一封信函，信函上说明我不希望OSH保健专业人员检查我子女。OSH保健专业人员可以评估我子女的哮喘症状及其对处方哮喘药物的反应。OSH保健专业人员可以决定该医药手续执行是否将维持原状或者需要做出改变。OSH保健专业人员可以填写一份新的MAF，这样我的子女可以继续接受OSH所提供的健康服务。我的保健专业人员或OSH保健专业人员将不需要我的签名来出具以后的哮喘MAF。如果OSH保健专业人员为我子女填写一份新的MAF，OSH保健专业人员将尽其努力通知我和我子女的保健专业人员。
 - 这份表格代表我对本表所说明的哮喘服务的同意和要求，并可以直接发送给学校健康办公室（OSH）。如果OSH决定提供这些服务，我子女可能还需要一份「第504款特别照顾计划」（Section 504 Accommodation Plan）。这份计划将由学校填写。
 - 为着给我子女提供护理或治疗的目的，OSH可以获取该办公室认为有关我子女的医疗状况、药物和治疗而需要的任何其他资讯。OSH可以向任何为我子女提供健康服务的保健专业人员、护士或药剂师索取该资讯。

注：如果您选择使用储存的药物，则您必须在您子女参加学校外出参观的日子以及/或者课后计划时让子女带上epinephrine、哮喘吸入器以及其他获准的药物，以备您子女使用。储存药物只能由OSH员工在学校使用。

自己用药（仅适用于能自己独立用药的学生）：

- 我证明/确认，我子女已得到完全的训练并能够自行用药。我同意，我子女在学校里以及在参加学校旅行时自己携带、储存本表所开具的药物并将自己用药。我负责根据上述说明把瓶子或盒子里的药物交给我子女。我也负责监督我子女在学校里的药物使用情况及其对这一药物使用所导致的任何后果。学校护士/SBHC将确认我子女拥有携带和自行用药的能力。我也同意交给学校「备用」药物（装在清楚地标示的盒子或瓶子里）。

学生姓氏：_____ 名字：_____ 中间名首字母：_____ 出生日期：（月/日/年）_____

学校（ATS DBN/名称）：_____ 行政区：_____ 学区：_____

家长/监护人姓名（用英文清楚书写）：_____ 家长/监护人电子邮箱：_____

家长/监护人签名：_____ 签名日期：（月/日/年）：_____

家长/监护人地址：_____

家长 / 监护人手机号码：_____ 其他电话：_____

其他紧急联络人姓名/关系：_____

其他紧急联络人电话：_____

仅供学校健康办公室（OSH）工作人员填写 / 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