



ФОРМА ЗАПИТУ НА ВИДАЧУ АБО ВВЕДЕННЯ ПРЕПАРАТІВ ВІД АСТМИ

Форма про призначення препаратів постачальником медичних послуг | Відділ шкільної охорони здоров'я | 2025–2026 навчальний рік

Будь ласка, зверніться до шкільної медсестри/шкільного медичного центру.

Форми, подані після 1 червня, можуть призвести до затримки у обробці даних для нового навчального року.

Прізвище учня: _____ Ім'я: _____ Ініціал середнього імені: _____ Дата народження (д/м/р): _____
Стать ☐ Чоловіча ☐ Жіноча № OSIS: _____ Клас: _____ Група: _____
Школа (зазначити ATS DBN/назву, номер, адресу та район): _____ Округ Департаменту освіти: _____

МЕДИЧНІ ПРАЦІВНИКИ ЗАПОВНЮЮТЬ НИЖЧЕ / 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

Ред. 3/25
БАТЬКИ ПОВИННІ ПІДПИСАТИ СТОРІНКУ 2 ➔

ФОРМА ЗАПИТУ НА ВИДАЧУ АБО ВВЕДЕННЯ ПРЕПАРАТІВ ВІД АСТМИ

Форма про призначення препаратів постачальником медичних послуг | Відділ шкільної охорони здоров'я | 2025–2026 навчальний рік

Будь ласка, зверніться до шкільної медсестри/шкільного медичного центру.

Форми, подані після 1 червня, можуть призвести до затримки у обробці даних для нового навчального року.

БАТЬКИ/ОПІКУНИ: ПРОЧИТАЙТЕ, ЗАПОВНІТЬ І ПІДПИШИТЬ. СВОЇМ ПІДПИСОМ Я ПІДТВЕРДЖУЮ НАДАННЯ ЗГОДИ ЩОДО ЗАЗНАЧЕНОГО НИЖЧЕ:

- Я погоджуюсь з тим, що відповідно до вказівок лікаря моєї дитини препарати для моєї дитини будуть зберігатися в школі, де вона буде також їх приймати. Я також даю згоду на зберігання та використання в школі будь-якого обладнання, необхідного для приймання препаратів моєю дитиною.
- Я розумію, що:**
 - Мені необхідно надати шкільній медсестрі/працівнику шкільного медичного центру (SBHC) препарати та обладнання моєї дитини, зокрема інгалятори, що не містять альбутерол.
 - Всі рецептурні та безрецептурні препарати, які я надаю школі, мають бути новими, в оригінальній упаковці без порушення її цілісності. Я надаю школі призначені станом на зараз, не прострочені препарати для використання моєю дитиною під час шкільних занять.**
 - Рецептурні препарати мають містити **оригінальну** аптечну етикетку на коробці або флаконі. Етикетка має містити: 1) ім'я моєї дитини, 2) назва аптеки та номер телефону, 3) ім'я лікаря моєї дитини, 4) дата, 5) кількість повторних призначень, 6) назва препаратів, 7) дозування, 8) час приймання препаратів, 9) спосіб приймання препаратів та 10) будь-які інші вказівки.
 - Я підтверджую, що проконсультувався з лікарем моєї дитини і даю згоду на те, щоб Відділ шкільної охорони здоров'я (OSH) надав моїй дитині препарати з запасу в разі, якщо препарати від астми моєї дитини будуть недоступні.
 - Я **негайно** повідомлю шкільну медсестру/працівника SBHC про будь-які зміни в лікарських препаратах дитини або вказівках лікаря.
 - Відділ шкільної охорони здоров'я та його представники, які надають вищезазначені медичні послуги моїй дитині, покладаються на достовірність інформації, зазначеної в цій формі.
 - Підписуючи цю форму запиту на видачу або введення лікувальних препаратів (MAF), я уповноважую Відділ шкільної охорони здоров'я надавати медичні послуги моїй дитині. Такими послугами можуть бути, зокрема, крім іншого, клінічне обстеження або фізичний огляд лікарем OSH чи медсестрою.
 - Термін дії рецепта на препарати, зазначеного в цій формі MAF, закінчується наприкінці навчального року моєї дитини, протягом якого можливі літні заняття, або в момент передання шкільній медсестрі/працівнику SBHC нової форми MAF (залежно від того, що настане раніше).
 - Щойно термін дії цього призначення закінчиться, я надаю шкільній медсестрі/лікареві SBHC нову форму MAF, виписану лікарем моєї дитини. Інакше, лікар OSH матиме право оглянути мою дитину, якщо тільки я не надаю шкільному медсестрі/лікареві SBHC листа, в якому зазначено, що я не бажаю, щоб мою дитину оглядав лікар OSH. Лікар OSH може оцінити симптоми астми моєї дитини та реакцію на призначені препарати від астми. Лікар OSH має право вирішити, чи слід залишати призначення препаратів без змін, або ж внести зміни. Лікар OSH може заповнити нову форму MAF, щоб моя дитина могла продовжувати отримувати медичні послуги через OSH. Моєму лікарю або лікарю OSH не потрібен мій підпис для заповнення майбутніх MAF для астми. Якщо лікар OSH заповнить нову форму MAF для моєї дитини, він докладатиме зусиль, щоб повідомити про це мене та лікаря моєї дитини.
 - Ця форма становить мою згоду та запит на надання послуг, пов'язаних з лікуванням астми, описаних у цій формі, і може бути надіслана безпосередньо до OSH. Це не є згодою Відділу шкільної охорони здоров'я на надання запитуваних послуг. Якщо OSH вирішить надати ці послуги, моїй дитині також може знадобитися План адаптації (Student Accommodation Plan) відповідно до Розділу 504. Цей план складає школа.
 - З метою надання медичних послуг або лікування дитини я дозволяю OSH звертатися за необхідною інформацією про стан здоров'я дитини до лікарів, медсестер та фармацевтів, які надавали дитині медичні послуги. Відділ шкільної охорони здоров'я має право отримати цю інформацію від будь-якого медичного працівника, медсестри або фармацевта, який надавав медичні послуги моїй дитині.

ПРИМІТКА: Якщо ви вирішили використовувати препарати із запасів, то повинні надати епінефрин, інгалятор від астми та інші схвалені препарати разом з дитиною на шкільну екскурсію та/або позашкільні заняття. Запаси препаратів призначені виключно для використання в школі персоналом OSH.

ЩОДО САМОСТІЙНОГО ПРИЙМАННЯ ПРЕПАРАТІВ (ТІЛЬКИ ДЛЯ САМОСТІЙНИХ УЧНІВ):

- Цим засвідчую/підтверджую, що дитина пройшла підготовку і може приймати препарати/проводити медичні процедури самостійно. Я дозволяю дитині мати при собі, зберігати і самостійно приймати в школі/під час шкільних екскурсій зазначені в цій формі препарати. Я несу відповідальність за надання дитині препаратів у упаковці або флаконі, як описано вище. Я також несу відповідальність за контроль за прийманням препаратів дитиною, а також за всі наслідки приймання цього препарату в школі. Шкільна медсестра або працівники SBHC підтвердять, що моя дитина здатна мати з собою препарати та приймати їх самостійно. Я також даю згоду на надання запасних препаратів в упаковці або флаконі з розбірливою етикеткою для зберігання у школі.

Прізвище учня: _____ Ім'я: _____ МІ: _____ Дата народження (д/м/р): _____

Школа (ATS DBN/Назва): _____ Район: _____ Округ: _____

Ім'я батька/матері/опікуна (друкованими літерами): _____ Електронна адреса батьків/опікуна: _____

Підпис батька/матері/опікуна: _____ Дата підписання: _____

Адреса батька/матері/опікуна: _____

Мобільний телефон батька/матері/опікуна: _____ Інший телефон: _____

Ім'я та ступінь спорідненості іншої особи, яку слід повідомити в екстрених випадках: _____

Інший телефон для зв'язку в екстрених випадках: _____

Тільки для використання в Управлінні шкільної охорони здоров'я (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