



ASTHMA MEDICATION ADMINISTRATION FORM

فراہم کنندہ کے لیے ادویات کا آرڈر فارم | اسکول کا دفتر صحت | تعلیمی سال 2025-2026
براہ کرم اسکول نرس کو واپس کریں۔ 1 جون کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔

طالب علم کا آخری نام: _____ پہلا نام: _____ درمیانہ: _____ تاریخ پیدائش (سال/دن/مہینہ): _____
جنس: ☐ لڑکا ☐ لڑکی OSIS نمبر: _____ گریڈ: _____ کلاس: _____
اسکول (شامل کریں: ATS DBN/نام، پتہ اور برو): _____ DOE ضلع: _____

HEALTH CARE PRACTITIONER COMPLETES BELOW / ذیل کو صححتاتی پیشہ ور مکمل کریں گے

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)

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

Standard Order: Albuterol 2 puffs followed by 1 puff fluticasone will be used if prescribed medication below is not available.

Give 2 puffs albuterol followed by 1 puff fluticasone every 4hrs PRN for 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 minutes before exercise.

☐ **URI Symptoms/Recent Asthma Flare:** 2 puffs at noon for 5 school days when directed by PCP

Name: _____ Dose: _____ puffs / _____ AMP q _____ hours.

Other Quick Relief Medication: SMART/MART (ginasthma.org)

☐ Symbicort: Strength: _____ Dose: ☐ 1 puff ☐ 2 puffs every 4 hours PRN. If not symptom-free within 20 mins may repeat ONCE

☐ Airsupra (albuterol & budesonide) Strength: _____ Dose: _____ puffs every _____ hours PRN. If not symptom-free within 20 mins may repeat ONCE

☐ Albuterol with ICS: ☐ Albuterol _____ puffs followed by Fluticasone _____ puffs every _____ hours PRN. If not symptom-free within 20 mins may repeat ONCE

☐ Albuterol _____ puffs followed by Qvar _____ puffs every _____ hours. If not symptom-free within 20 mins may repeat ONCE

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 3/25

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS

← PARENTS MUST SIGN PAGE 2 والدين کو صفحہ 2 پر دستخط کرنا لازمی ہیں

FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT

ASTHMA MEDICATION ADMINISTRATION FORM

فراہم کنندہ کے لیے ادویات کا آرڈر فارم | اسکول کا دفتر صحت | تعلیمی سال 2025-2026
براہ کرم اسکول نرس کو واپس کریں۔ 1 جون کے بعد جمع کروائے گئے فارم نے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔

والدین / سرپرست مطالعہ کریں، مکمل کریں اور دستخط کریں۔ ذیل میں دستخط کر کے میں اس پر متفق ہوں کہ:

- میں اپنے بچے کی دوا کو اسکول میں محفوظ کیے جانے اور میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات کے مطابق دیے جانے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں، میرے بچے کی دوا کے لیے درکار کسی بھی آلات کے اسکول میں محفوظ اور استعمال کیے جانے کی بھی اجازت دیتا ہوں۔
- مجھے اسکول نرس / اسکول میں قائم مرکز صحت (SBHC) کو اپنے بچے کی دوا اور آلات بشمول نان الیٹرال انہیلرز فراہم کرنا لازمی ہیں۔ تمام نسخے والی اور "کاونٹر سے ملنے والی" ادویات جو میں اسکول کو دوں گا، وہ نئی سیل بند، اور اصل بوتل یا ڈبے میں لازمی بند ہوں گی۔ میں اپنے بچے کو اسکول کے دنوں میں استعمال کے لیے جدید، غیر منسوخ شدہ دوائی استعمال کرنے کے لیے فراہم کروں گا۔
- نسخے والی دوا کے ڈبے یا بوتل پر اصل فارمیسی کا لیبل لگا ہونا لازمی ہے۔ لیبل پر لازماً شامل ہونا چاہئے: (1) میرے بچے کا نام، (2) فارمیسی کا نام اور فون نمبر، (3) O نسخے والی دوا کے صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کا نام، (4) تاریخ، (5) دوبارہ بھرے (refill) کی تعداد، (6) دوا کا نام، (7) خوراک، (8) دوا کب لی جائے، (9) دوا کیسے لی جائے اور (10) کوئی دیگر ہدایات۔
- میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میں نے اپنے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور کے ساتھ بات کی ہے اور یہ کہ میں اسکول کا دفتر صحت (OSH) کو میرے بچے کی دوا کے دستیاب نہ ہونے کی صورت میں میرے بچے کے دوا کے ذخیرے سے دوا دینے کی اجازت دیتا ہوں۔
- میں اپنے بچے کی دوا یا ڈاکٹر کی ہدایات میں کسی بھی تبدیلی سے اسکول نرس / SBHC کو فوراً آگاہ کروں گا۔
- میرے بچے کو مذکورہ بالا صحت سے متعلقہ خدمت (خدمات) فراہم کرنے میں شامل اسکول کا دفتر صحت (OSH) اور اسکے کارندے اس فارم پر دی گئی معلومات کی درستگی پر انحصار کر رہے ہیں۔
- ادویات دینے کے اس فارم (MAF) پر دستخط کر کے، میں OSH کو میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ ان خدمات میں لیکن انہی تک محدود نہیں، OSH کے طبی نگہداشت پیشہ ور یا نرس کے ذریعے کلینک کی تشخیص یا ایک جسمانی معائنہ شامل ہو سکتی ہیں۔
- اس MAF میں دوا کا آرڈر میرے بچے کے تعلیمی سال کے آخر میں منسوخ ہوجائے گا، جس میں گرمیوں کا دورانیہ شامل ہو سکتا ہے، یا جب میں اسکول نرس / SBHC کو ایک نیا MAF فراہم کروں (جو بھی پہلے واقع ہو)۔
- جب اس دوا کے آرڈر کی میعاد منسوخ ہوجائے، میں اپنے بچے کی اسکول نرس / SBHC کو میرے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور کے ذریعے تحریر کردہ ایک نیا MAF فراہم کروں گا۔ اگر ایسا نہ کیا گیا، ایک OSH طبی نگہداشت پیشہ ور میرے بچے کا معائنہ کر سکتا ہے تاوقتیکہ میں اسکول نرس / SBHC کو اس بیان کے ساتھ ایک خط فراہم نہ کر دوں کہ میں OSH طبی نگہداشت پیشہ ور کے ذریعے اپنے بچے کا معائنہ نہیں کرنا چاہتا۔ OSH طبی نگہداشت پیشہ ور میرے بچے کے دے کی علامات اور نسخے والی دوا سے ردعمل کی تشخیص کر سکتا ہے۔ OSH طبی نگہداشت پیشہ ور یہ فیصلہ کر سکتا ہے کہ آیا دوا کا آرڈر وہی رہے گا یا اسے تبدیل کرنے کی ضرورت ہے۔ OSH طبی نگہداشت پیشہ ور ایک نیا MAF پُر کر سکتا ہے تاکہ میرا بچہ OSH کے ذریعے صحت سے متعلقہ خدمات موصول کرنا جاری رکھا جاسکے۔ میرے صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور یا OSH صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کو مستقبل میں دمہ کے MAFs پر میری دستخط کی ضرورت نہیں ہوگی۔ اگر OSH طبی نگہداشت پیشہ ور میرے بچے کے لیے ایک نیا MAF مکمل کرتا ہے، OSH طبی نگہداشت پیشہ ور مجھے اور میرے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور کو مطلع کرنے کی کوشش کرے گا۔
- اس فارم میں وضاحت کردہ دمہ کی خدمات کے لیے یہ فارم میری اجازت اور درخواست کی نمائندگی کرتا ہے، اور اسے براہ راست OSH کو بھیجا جا سکتا۔ یہ OSH کی جانب سے درخواست کردہ خدمات فراہم کیے جانے کا معاہدہ نہیں ہے۔ اگر OSH یہ خدمات فراہم کرنے کا فیصلہ کرتا ہے، میرے بچے کو ایک طالب علم سہولت منصوبے کی بھی ضرورت ہو سکتی ہے۔ اس منصوبے کو اسکول مکمل کرے گا۔
- OSH میرے بچے کو درکار نگہداشت یا علاج کی فراہمی کے لیے، کوئی بھی دیگر معلومات حاصل کر سکتا ہے جو ایک خیال میں میرے بچے کی طبی صورت حال، دوائی دینے یا علاج کے لیے ضروری ہے۔ OSH یہ معلومات کسی بھی ایسے طبی نگہداشت کے پیشہ ور، نرس، یا دوا فروش سے حاصل کر سکتا ہے جنہوں نے میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کی ہیں۔

توجہ: اگر آپ ذخیرہ میں سے ادویات استعمال کرنا چاہتے ہیں، آپکو دمہ انہیلر اپنیفرین، اور دیگر منظور شدہ خود دینے والی دوائیاں اپنے بچے کے ساتھ اسکول تفریحی دورے کے دن اور / یا اسکول بعد پروگرام کے لیے اسکول بھیجنا لازمی ہے تاکہ وہ اسے دستیاب رہیں۔ ذخیرہ کردہ ادویات صرف OSH عملے کے ذریعے صرف اسکول میں استعمال کے لیے ہیں۔

خود ادویات لینا (صرف برائے خود مختار طلباء):

- میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میرا بچہ مکمل تربیت یافتہ ہے اور وہ خود دوا لے سکتا ہے۔ میں اپنے بچے کو اس فارم میں تجویز کردہ ادویات کو اسکول میں اپنے ساتھ رکھنے، محفوظ رکھنے اور اسکول میں اور تفریحی دوروں میں خود سے لینے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں مذکورہ بالا کے مطابق اپنے بچے کو یہ دوا بوتلوں یا ڈبوں میں دینے کا ذمہ دار ہوں۔ میں اپنے بچے کی دوا استعمال کرنے کی جانچ کرتے، اور اسکول میں میرے بچے کے اس دوا کے استعمال کے تمام نتائج کا بھی ذمہ دار ہوں۔ اسکول نرس / SBHC میرے بچے کی دوا اپنے ساتھ رکھنے اور خود سے لینے کی اہلیت کی تصدیق کرے گا / گی۔ میں اس پر بھی آمادہ ہوں کہ اسکول کو دوا ایک واضح لیبل لے ہوئے ڈبے یا بوتل میں "محفوظ ذخیرہ" (بیک اپ) کے لیے دوں گا۔

طالب علم کا آخری نام: _____ پہلا نام: _____ درمیانہ مختصر نام: _____ تاریخ پیدائش (سال/دن/مہینہ): _____
اسکول (ATS DBN / نام): _____ برو: _____ ضلع: _____
والدین / سرپرست کا نام (جلی حروف میں): _____ والدین سرپرست کا ای میل: _____
والدین / سرپرست کے دستخط: _____ دستخط کی تاریخ: _____
والدین / سرپرست کا پتہ: _____
والدین / سرپرست کا سیل فون: _____ دیگر فون: _____
دیگر ہنگامی رابطہ نام / رشتہ: _____
دیگر ہنگامی رابطہ فون: _____

صرف اسکول کا دفتر صحت (OSH) کے استعمال کے لیے / 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