



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 2026–2027
Ju lutemi dorëzoheni 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.

Mbiemri i Nxënësit/es: _____ Emri: _____ Iniciali i Emrit të Mesëm: _____ Ditëlindja: _____
Gjinia: Mashkull Femër OSIS #: _____ Klasa: _____ Klasa: _____ Distrikti DOE: _____
Shkolla (përfshini ATS DBN/emrin, adresën dhe komunën): _____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

Diagnosis Asthma Other: _____

Severity (see NAEPP Guidelines) Intermittent Mild Persistent Moderate Persistent Severe Persistent Unknown

Control (see NAEPP Guidelines) Well Controlled Not Controlled / Poorly Controlled Unknown

Student Asthma Risk Assessment Questionnaire (Y = Yes, N = No, U = Unknown)

- Y N U | History of life-threatening asthma (loss of consciousness, hypoxic seizure, or intubation)
- Y N U | History of asthma-related PICU admissions (ever)
- Y N U | Received oral steroids within past 12 months _____ times last: _____
- Y N U | History of asthma-related ER visits within past 12 months _____ times last: _____
- Y N U | History of asthma-related hospitalizations within past 12 months _____ times last: _____
- Y N U | History of food allergy or eczema, specify: _____
- Y N U | Excessive Short Acting Beta Agonist (SABA) use (daily or > 2 times a week)?

Home Medications (include over the counter) None

- Reliever: Albuterol Budesonide/formoterol Other: _____
- Controller: Albuterol Budesonide/formoterol Other: _____
- 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

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

• **Individual spacers are provided by the school. Schools will only provide Albuterol MDI and Fluticasone 110 ucg**

Standard Albuterol Order: 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: Albuterol Budesonide/formoterol
Dose: _____ puffs/ _____ AMP 15-20 mins before exercise PRN _____

URI Symptoms/Recent Asthma Flare: Albuterol Budesonide/formoterol
Dose: _____ puffs/ _____ AMP q _____ hrs prn symptoms for _____ days or as per PCP's Special Instructions/Other Orders below

Other Anti-inflammatory Reliever 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 mcg _____ puffs every 4 hours PRN respiratory symptoms.

Albuterol _____ puffs + ICS (provided by parent) Name: _____
Strength: _____ Dose _____ puffs every 4 hours PRN respiratory symptoms

Albuterol or other Quick-Relief Medication: Name: _____
Strength: _____ Dose _____ puffs/AMP: _____ every _____ hours PRN respiratory symptoms

Special Instructions/Other Orders: _____

Controller Medications for In-School Administration (Recommended for Persistent Asthma, per NAEPP Guidelines)

Stock Fluticasone 110 mcg will be used if prescribed medication below is not available.

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

Budesonide/formoterol (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.

FORMULARËT NUK MUND TË PLOTËSOHEN NGA NJË BANOR
INFORMACIONI I PAPLOTË I MJEKUT DO TË VONOJË ZBATIMIN E URDHËRAVE TË BARNAVE

Rev 2/26
PRINDËRIT DUHET TË NËNSHKRUAJNË FAQEN 2 I

FORMULARI PËR ADMINISTRIMIN E ILAÇEVE PËR ASTMË

Urdhër për Medikamente për Ofruesin Shëndetësor për Astmën | Zyra e Shëndetit të Shkollës | Viti shkollor 2026-2027

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 skaduara 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 mjekut të fëmijës tim, 4) datën, 5) numrin e rimbushjeve, 6) emrin e medikamentit, 7) dozën, 8) kur të merret medikamenti, 9) si të merret medikamenti 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 mjekut.
 - 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 Ilaçeve (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 reagimin 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 përpiqet 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 zgjidhni të përdorni medikamente në stok, duhet të dërgoni inhalatorin e astmës së fëmijës suaj, epinefrinën dhe medikamente të tjera të miratuara me fëmijën tuaj për një ditë ekskursioni shkollor dhe/ose një program pas shkolle. Medikamentet në stok përdoren vetëm në shkollë nga stafi i OSH-së.

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 medikamentet 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 medikamenteve nga fëmija im dhe për çdo pasojë që vjen nga përdorimi i këtyre medikamenteve në shkollë. Infermierja e shkollës/SBHC do të konfirmojë aftësinë e fëmijës tim për të mbajtur dhe për të marrë vetë këto medikamente. Unë gjithashtu pajtohem që t'i jap shkollës një dozë rezervë të ilaçit në një shishe ose kuti të etiketuar qartë.

Nxënësi Mbiemri: _____ Emri: _____ Iniciali i Emrit të Mesëm: _____ Data e Lindjes (dd/mm/vv): _____

Shkolla (ATS DBN/emri): _____ Bashkia: _____ Distrikti: _____

Emri i prindit/kujdestarit (me shkronja shtypi): _____ Emaili i Prindit/Kujdestarit: _____

Nënshkrimi i prindit/kujdestarit: _____ Data e nënshkrimit: _____

Adresa e prindit/kujdestarit: _____

Nr. i celularit të prindit/kujdestarit: _____ Telefon tjetër: _____

Emri/marrëdhënia e kontaktit tjetër të emergjencës: _____

Nr. telefoni i kontaktit tjetër të emergjencës: _____

For Office of School Health (OSH) Use Only

OSIS Number: _____ 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