



## استمارة إعطاء دواء الربو

استمارة طلب الدواء من المزود | مكتب الصحة المدرسية | العام الدراسي 2026-2027  
يرجى إعادتها إلى ممرضة المدرسة/ المركز الصحي المدرسي. الاستمارات المقدمة بعد يوم 1 يونيو/ حزيران قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد.

الاسم الأخير للتلميذ(ة): \_\_\_\_\_ الاسم الأول: الأوسط: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_  
الجنس: ذكر  أنثى  # رقم التعريف المدرسي (OSIS): \_\_\_\_\_ الصف: \_\_\_\_\_ الفصل: \_\_\_\_\_  
المدرسة (ضمن رقم (ATS /ATSDBN) // الاسم والعنوان والحي): \_\_\_\_\_ المنطقة التعليمية لإدارة التعليم: \_\_\_\_\_

### 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 mcg**

**Standard Albuterol Order: 2 puffs Q4 pm 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.**

تمت مراجعتها في 26/2  
يجب على الآباء توقيع الصفحة

لا يمكن تعبئة هذه الاستمارة بواسطة طبيب مقيم  
المعلومات غير الكاملة حول مقدم الرعاية الصحية تؤدي إلى تأخير تنفيذ الوصفات الطبية

## استمارة إعطاء دواء الربو

طلب إعطاء الدواء من مزود الخدمة — مكتب الصحة المدرسية — العام الدراسي 2026-2027  
يرجى إعادتها إلى ممرضة المدرسة/ المركز الصحي المدرسي. الاستمارات المقدمة بعد يوم 1 يونيو/ حزيران قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد.

### الآباء/ أولياء الأمور: قوموا بقراءة وتعبئة وتوقيع هذه الاستمارة. بتوقيعي أنا، أوافق على ما يلي:

- أوافق على أن يتم تخزين الدواء الخاص بطفلي وإعطائه إياه في المدرسة بناءً على توجيهات ممارس الرعاية الصحية لطفلي. أوافق أيضاً على أن يتم تخزين أي معدات مطلوبة لتقديم دواء طفلي واستخدامها في المدرسة.
- أنا أفهم ما يلي:
  - يجب أن أعطي ممرض(ة) المدرسة/ المركز الصحي المدرسي (SBHC) الدواء والمعدات، بما في ذلك أجهزة الاستنشاق التي لا تحتوي على البوتيرول (albuterol).
  - يجب أن تكون جميع الأدوية سواء التي تصرف بوصفة أو بدون وصفة طبية والتي أعطيها للمدرسة جديدة وغير مفتوحة، وفي القارورة أو العبوة الأصلية. سوف أقدم للمدرسة الأدوية الحالية الصالحة لاستخدام طفلي أثناء أيام الدراسة.
  - يجب أن تحمل الأدوية الموصوفة طبياً ملصق الصيدلية الأصلي على القارورة أو العبوة. يجب أن يشتمل الملصق على: (1) اسم طفلي، (2) اسم الصيدلية ورقم هاتفها، (3) اسم الطبيب، (4) التاريخ، (5) عدد مرات إعادة التعبئة، (6) اسم الدواء، (7) الجرعة، (8) متى يتم تناول الدواء، (9) كيفية تناول الدواء، (10) أية إرشادات أخرى.
  - أقر/ أؤكد بموجبه بأنني تشاورت مع مقدم الرعاية الطبية لطفلي وأنتي أصرحت لمكتب الصحة المدرسية (OSH) بإعطاء الدواء المخزون في حالة عدم توفر دواء الربو الموصوف لطفلي.
  - يجب أن أخبر ممرض(ة) المدرسة/ المركز الصحي المدرسي (SBHC) فوراً بأي تغيير في دواء طفلي أو تعليمات الطبيب.
  - يعتمد مكتب الصحة المدرسية (OSH) وكلاءه المشاركين في تقديم الخدمة (الخدمات) الصحية المذكورة أعلاه إلى طفلي على دقة المعلومات المقدمة في هذه الاستمارة.
  - بتوقيعي على استمارة إعطاء الدواء هذه (MAF)، يمكن لمكتب الصحة المدرسية (OSH) تقديم الخدمات الصحية لطفلي. قد تشمل هذه الخدمات على سبيل المثال لا الحصر، تقييماً أكاديمياً أو فحصاً بدنياً من طرف ممارس الرعاية الصحية أو الممرض(ة) بمكتب الصحة المدرسية (OSH).
  - ينتهي طلب إعطاء الدواء في استمارة (MAF) هذه في نهاية العام الدراسي لطفلي، والذي قد يشمل الحصص الصفية، أو عندما أعطي ممرضة المدرسة/ مقدم(ة) الخدمة بالمركز الصحي المدرسي (SBHC) استمارة (MAF) جديدة (إيها ما يحل أولاً).
  - عندما تنتهي صلاحية طلب تقديم الدواء هذا، سأقدم لممرضة طفلي المدرسة/ المركز الصحي المدرسي (SBHC) استمارة (MAF) لتقديم الدواء جديدة مكتوبة بواسطة ممارس الرعاية الصحية لطفلي. إذا لم يتم ذلك، فيمكن لممارس الرعاية الصحية التابع لمكتب الصحة المدرسية (OSH)/ المركز الصحي المدرسي (SBHC) أن يقوم بفحص طفلي ما لم أقدم رسالة إلى ممرضة مدرستي تفيد بأنني لا أريد فحص طفلي من قبل ممارس الرعاية الصحية التابع لمكتب الصحة المدرسية (OSH)/ المركز الصحي المدرسي (SBHC). يمكن لممارس الرعاية الصحية بمكتب الصحة المدرسية (OSH) تقييم أعراض الربو لدى طفلي والاستجابة بدواء موصوف للربو. قد يقرر ممارس الرعاية الصحية بمكتب الصحة المدرسية (OSH) ما إذا كانت أوامر الدواء ستبقى كما هي أو يجب تغييرها. سوف يقوم ممارس الرعاية الصحية التابع لمكتب الصحة المدرسية (OSH) بتعبئة استمارة (MAF) جديدة لكي يمكن لطفلي أن يستمر في تلقي الخدمات الصحية من خلال مكتب الصحة المدرسية (OSH). لن يحتاج ممارس الرعاية الصحية التابع لمكتب الصحة المدرسية (OSH) إلى توقيعي لكتابة استمارات (MAFs) للربو في المستقبل. إذا قام ممارس الرعاية الصحية التابع لمكتب الصحة المدرسية (OSH) بتعبئة استمارة (MAF) لطفلي، سيقوم ممارس الرعاية الصحية التابع لمكتب الصحة المدرسية (OSH) بمحاولة إخطاري بذلك وإخطار ممارس الرعاية الصحية الخاص بطفلي.
  - تمثل هذه الاستمارة موافقتي وطلبي للحصول على خدمات الحساسية الموضحة في هذه الاستمارة، ويمكن إرسالها مباشرة إلى مكتب الصحة المدرسية (OSH). وهي لا تمثل اتفاقاً مع مكتب الصحة المدرسية (OSH) لتوفير الخدمات المطلوبة. إذا قرر مكتب الصحة المدرسية (OSH) تقديم هذه الخدمات، قد يحتاج طفلي أيضاً إلى خطة تسهيلات الفقرة 504. ستقوم المدرسة بإتمام هذه الخطة.
  - لغرض تقديم الرعاية أو العلاج لطفلي، قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على أية معلومات أخرى يعتقد أنها ضرورية عن الحالة الطبية لطفلي أو أديته أو علاجه. قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على هذه المعلومات من أي ممارس رعاية صحية أو ممرض(ة) أو صيدلي قُدِّم خدمات صحية لطفلي.

ملحوظة: إذا قررت استخدام الأدوية الموجودة في المخزن، فيجب عليك إرسال دواء (epinephrine) الخاص بطفلك، وجهاز الاستنشاق للربو والأدوية الأخرى الموافق عليها مع طفلك في يوم الرحلة المدرسية و/ أو برامج ما بعد الدوام المدرسي. الأدوية الموجودة في المخزن مخصصة للاستخدام داخل المدرسة من قبل موظفي مكتب الصحة المدرسية.

### لأخذ الدواء بشكل ذاتي (للتلاميذ المستقلين فقط):

- أقر/ أؤكد أن طفلي قد تلقى تدريباً كاملاً ويمكنه تناول الدواء بنفسه. أوافق على أن يقوم طفلي بحمل وتخزين وتناول الدواء الموصوف على هذه الاستمارة بنفسه في المدرسة وفي الرحلات. أنا مسؤول عن إعطاء طفلي هذا الدواء في قوارير أو عبوات كما هو موضح أعلاه. أنا أيضاً مسؤول عن مراقبة استخدام طفلي للدواء، وعن جميع نتائج استخدام طفلي لهذا الدواء في المدرسة. ستؤكد ممرضة المدرسة/ المركز الصحي المدرسي (SBHC) قدرة طفلي على حمل الدواء وإعطائه الدواء. كما أوافق على إعطاء دواء "احتياطي" للمدرسة في قارورة أو عبوة معونة بوضوح.

الاسم الأخير للتلميذ(ة): \_\_\_\_\_ الاسم الأول: \_\_\_\_\_ الأوسط: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد (اليوم/الشهر/السنة): \_\_\_\_\_  
المدرسة (رقم DBN /ATS الاسم): \_\_\_\_\_ الحي: \_\_\_\_\_ المنطقة التعليمية: \_\_\_\_\_  
اسم الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر (بخط واضح): \_\_\_\_\_ عنوان البريد الإلكتروني للوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر: \_\_\_\_\_  
توقيع الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر: \_\_\_\_\_ تاريخ التوقيع: \_\_\_\_\_  
عنوان الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر: \_\_\_\_\_ هاتف آخر: \_\_\_\_\_  
رقم الهاتف المحمول للوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر: \_\_\_\_\_  
جهة اتصال أخرى في حالات الطوارئ الاسم/ العلاقة: \_\_\_\_\_  
رقم هاتف طرف الاتصال الآخر في حالات الطوارئ: \_\_\_\_\_

### 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