



# অ্যাজমা জনিত ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত ফর্ম

সেবা প্রদানকারীর ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত নির্দেশনার ফর্ম | অফিস অভ স্কুল হেলথ | 2026-2027 শিক্ষা বছর  
অনুগ্রহ করে স্কুল নার্সের কাছে/স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে (হেলথ সেন্টারে) ফেরত দিন। পহেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে  
নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেরি হতে পারে।

শিক্ষার্থীর শেষ নাম: \_\_\_\_\_ প্রথম নাম: \_\_\_\_\_ মধ্য নাম: \_\_\_\_\_ জন্মতারিখ: \_\_\_\_\_  
লিঙ্গ:  পুরুষ  নারী OSIS #: \_\_\_\_\_ গ্রেড: \_\_\_\_\_ ক্লাস: \_\_\_\_\_ DOE ডিস্ট্রিক্ট: \_\_\_\_\_  
স্কুল (ATS DBN/নাম, ঠিকানা, এবং বরো অন্তর্ভুক্ত করুন): \_\_\_\_\_

## 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.**

ফর্মটি রেসিডেন্ট ডাক্তার পূরণ করতে পারবেন না  
স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর অসম্পূর্ণ তথ্য ঔষধ প্রদানের আদেশ বাস্তবায়ন বিলম্বিত করবে।

সংশোধন 2/26  
পিতামাতা অবশ্যই 2 নং পৃষ্ঠায় স্বাক্ষর করবেন

## অ্যাজমা জনিত ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত ফর্ম

অ্যাজমা জনিত সেবা প্রদানকারীর ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত নির্দেশনা | অফিস অভ স্কুল হেলথ | 2026-2027 শিক্ষা বছর

অনুগ্রহ করে স্কুল নার্সের কাছে/স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে (হেলথ সেন্টারে) ফেরত দিন। পহেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য গ্রহণীয়করণ করতে দেরি হতে পারে।

পিতামাতা/অভিভাবকগণ: পড়ুন, পূরণ করুন, এবং স্বাক্ষর করুন। নিচে স্বাক্ষর দিয়ে আমি নিম্নলিখিত বিষয়গুলোতে সম্মত হচ্ছি:

- আমি আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনা অনুযায়ী ঔষধ স্কুলে সংরক্ষণ করার এবং সেবন করতে দেয়ার সম্মতি দিচ্ছি। আমার সন্তানের ঔষধ সংরক্ষণ করার এবং অতঃপর স্কুলে ব্যবহার করার জন্য যদি কোনও সরঞ্জাম প্রয়োজন হয় সেগুলোর জন্যও অনুমতি দিচ্ছি।
- আমি বুঝেছি যে:
  - আমি অবশ্যই স্কুলের নার্সকে/স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে (স্কুল বেসড হেলথ সেন্টার, SBHC) পরিষেবা প্রদানকারীকে নন-অ্যালার্জিক ইনহেলার সহ আমার সন্তানের ঔষধ এবং সরঞ্জাম দিব।
  - আমি যেসব প্রেসক্রিপশন এবং “ওভার-দ্যা-কাউন্টার” (কাউন্টার থেকে কেনা) ঔষধ স্কুলে দিব, সেগুলো অবশ্যই নতুন, মুখবন্ধ, এবং আসল (অরিজিনাল) বোতল বা বাক্সে থাকতে হবে। স্কুলে দিবসে ব্যবহার করার জন্য আমি বর্তমানে গ্রহণ করছি, মেয়াদোত্তীর্ণ হয়ে যায়নি এমন ঔষধ স্কুলে প্রদান করবো।
    - পেসক্রিপশন ঔষধের বাক্স বা বোতলের উপর অবশ্যই ফার্মাসির আসল লেবেল থাকতে হবে। লেবেলে যা যা অবশ্যই অন্তর্ভুক্ত থাকবে: 1) আমার সন্তানের নাম, 2) ফার্মাসির নাম এবং ফোন নম্বর, 3) আমার সন্তানের ডাক্তারের নাম, 4) তারিখ, 5) রিক্রিপ্লের সংখ্যা, 6) ঔষধের নাম, 7) সেবনের পরিমাণ (ডোজেজ), 8) কখন ঔষধ নিতে হবে, 9) কীভাবে ঔষধ সেবন করতে হবে এবং 10) অন্য নির্দেশনা।
  - আমি এতদ্বারা প্রত্যয়ন/নিশ্চিত করছি যে, আমি আমার সন্তানের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর সাথে কথা বলেছি এবং কোনও সময় যদি আমার সন্তানের ব্যবস্থাপত্রে দেয়া অ্যাজমার ঔষধ সজে না থাকে, তখন আমার সন্তানকে মওজুদকৃত ঔষধ প্রদান করার জন্য আমি অফিস অভ স্কুল হেলথ-কে (OSH) অনুমোদন দিচ্ছি।
  - আমার সন্তানের ওষুধে অথবা ডাক্তারের নির্দেশনায় কোনও পরিবর্তন হলে আমি স্কুল নার্সকে/SBHC প্রদানকারীদের অবশ্যই অতিসত্বর জানাবো।
  - অফিস অভ স্কুল হেলথ (OSH) এবং এর প্রতিনিধিগণ, যারা আমার সন্তানকে উপস্থিত স্বাস্থ্য পরিষেবা(সমূহ) দেয়ার সাথে সংশ্লিষ্ট, তারা এই ফর্মের তথ্যের নির্ভুলতার উপর নির্ভর করেন।
  - এই মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্মটি (MAF) স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, OSH আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদান করতে পারে। এই পরিষেবাগুলোর মধ্যে থাকতে পারে, কিন্তু এর মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়, OSH-এর স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী অথবা নার্স দ্বারা ক্লিনিক্যাল মূল্যায়ন অথবা শারীরিক পরীক্ষা (ফিজিক্যাল এক্সাম)।
  - আমার সন্তানের শিক্ষা বছরের শেষে, এতে ব্রীথকালীন সেশন অন্তর্ভুক্ত হতে পারে, অথবা যখন আমি স্কুল নার্স/SBHC পরিষেবা প্রদানকারীকে একটি নতুন MAF জমা দিব (যেটা আগে হবে), তখন এই MAF-টিতে যে ঔষধ সেবনের নির্দেশনা দেয়া আছে তা মেয়াদোত্তীর্ণ হয়ে যাবে।
  - যখন ঔষধ সেবনের নির্দেশনা মেয়াদোত্তীর্ণ (এক্সপায়ার) হয়ে যাবে, আমি তখন আমার সন্তানের স্কুল নার্সকে/পরিষেবা প্রদানকারী SBHC-কে স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর দ্বারা পূরণকৃত নতুন একটি MAF অবশ্যই প্রদান করবো। যদি এটা করা না হয়, যতক্ষণ পর্যন্ত না আমি স্কুল নার্স/SBHC-কে OSH/SBHC-এর স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী আমার সন্তানকে পরীক্ষা-নিরীক্ষা করতে পারবে না বলে কোনো চিঠি দিব, ততক্ষণ পর্যন্ত OSH/SBHC-এর স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী আমার সন্তানকে পরীক্ষা-নিরীক্ষা করবেন। OSH স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী আমার সন্তানের অ্যাজমার লক্ষণসমূহ মূল্যায়ন করতে পারেন এবং নির্দেশনা অনুযায়ী অ্যাজমার ঔষধ সেবনের জন্য প্রদান করতে পারেন। OSH-এর স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী চাইলে ঔষধ আগে যা ছিল তাই রাখতে পারেন অথবা পরিবর্তন করতে পারেন। OSH-এর স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী একটি নতুন MAF পূরণ করবে, যেন আমার সন্তান OSH-এর মাধ্যমে স্বাস্থ্য পরিষেবা গ্রহণ করতে পারে। আমার স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী অথবা OSH স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর ভবিষ্যত অ্যাজমা MAF লিখতে আমার স্বাক্ষরের প্রয়োজন হবে না। যদি OSH স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী আমার সন্তানের জন্য একটি MAF পূরণ করেন, তবে তিনি আমাকে এবং আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীকে তা জানানোর চেষ্টা করবেন।
  - এই ফর্মে বর্ণিত অনুযায়ী অ্যাজমা সংক্রান্ত পরিষেবার জন্য এই ফর্মটি আমার অনুমতি ও অনুরোধের প্রতিনিধিত্ব করে এবং সরাসরি OSH-এর কাছে পাঠানো যেতে পারে। এটা অনুরোধকৃত বিভিন্ন সেবা প্রদানের লক্ষ্যে OSH-এর কোনও চুক্তি নয়। যদি OSH এই পরিষেবাগুলো প্রদান করার সিদ্ধান্ত নেয়, তবে আমার সন্তানের একটি সেকশন 504 অ্যাকোমোডেশন প্ল্যান (বিশেষ সুবিধার পরিকল্পনা) প্রয়োজন হতে পারে। এই প্ল্যানটি স্কুল পূরণ করবে।
  - আমার সন্তানকে সেবা এবং চিকিৎসা প্রদানের উদ্দেশ্যে, OSH প্রয়োজন মনে করলে আমার সন্তানের স্বাস্থ্যগত অবস্থা (মেডিক্যাল কন্ডিশন), ঔষধ অথবা চিকিৎসা সম্পর্কিত অন্যান্য তথ্য সংগ্রহ করতে পারে। যেসব স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী, নার্স, অথবা ফার্মাসিস্ট আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য সেবা প্রদান করেছেন, তাদের কাছ থেকে OSH এসব তথ্য সংগ্রহ করতে পারে।

**দ্রষ্টব্য:** যদি আপনি সিদ্ধান্ত নেন যে সুনির্দিষ্ট মজুত (স্টক) ঔষধ ব্যবহার করবেন, আপনাকে অবশ্যই আপনার সন্তানের এপিএনফরম, অ্যাজমা ইনহেলার এবং অনুমোদিত অন্যান্য ওষুধ, স্কুল ট্রিপের দিন এবং/অথবা আফটার স্কুল প্রোগ্রামের সময় তার সাথে পাঠাতে হবে। সুনির্দিষ্ট মজুত (স্টক) ঔষধ শুধু স্কুলে OSH কর্মীগণ ব্যবহার করবেন।

### নিজে ঔষধ সেবনের ক্ষেত্রে (শুধুমাত্র স্বনির্ভর শিক্ষার্থীবৃন্দ):

- আমি প্রত্যয়ন/নিশ্চিত করছি যে আমার সন্তান নিজে ঔষধ সেবনে পুরোপুরি প্রশিক্ষিত এবং নিজেই নিজের ঔষধ নেবে। এই ফর্মের নির্দেশনা অনুযায়ী, আমি আমার সন্তানকে স্কুলে এবং বিভিন্ন ট্রিপে ঔষধ বহন করার, সংরক্ষণ করার, এবং নিজে সেবন করার সম্মতি দিচ্ছি। আমার সন্তানকে উপরে যেভাবে বর্ণিত হয়েছে সেই অনুযায়ী এই ঔষধ বোতল অথবা বাক্স প্রদান করার জন্য আমি দায়বদ্ধ। আমার সন্তানের ঔষধ ব্যবহারের প্রতি, এবং এই ঔষধ স্কুলে ব্যবহার করার ফলে যে প্রভাব পড়তে পারে, সে ব্যাপারে লক্ষ্য রাখতে আমি দায়বদ্ধ। আমার সন্তান ঔষধ বহন করতে পারবে এবং নিজে ঔষধ সেবন করতে পারবে কিনা, তা স্কুল নার্স/SBHC নিশ্চিত করবেন। আমি স্কুলে স্পষ্টভাবে লেবেল করা বাক্স অথবা বোতলে “বাড়তি” (ব্যাক আপ) ঔষধ দিতে সম্মত।

শিক্ষার্থীর শেষ নাম: \_\_\_\_\_ প্রথম নাম: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_ জন্মতারিখ (মাস/দিন/বছর): \_\_\_\_\_  
স্কুল (ATS DBN/নাম): \_\_\_\_\_ বরো: \_\_\_\_\_ ডিস্ট্রিক্ট: \_\_\_\_\_  
পিতামাতা/অভিভাবকের নাম (ইংরেজি বড় অক্ষরে): \_\_\_\_\_ পিতামাতা/অভিভাবকের ইমেইল: \_\_\_\_\_  
পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_ স্বাক্ষর দেয়ার তারিখ: \_\_\_\_\_  
পিতামাতা/অভিভাবকের ঠিকানা: \_\_\_\_\_  
পিতামাতা/অভিভাবকের সেলফোন: \_\_\_\_\_ অন্য ফোন নম্বর: \_\_\_\_\_  
জরুরী পরিস্থিতিতে বিকল্প যোগাযোগের ব্যক্তি নাম/সম্পর্ক: \_\_\_\_\_  
জরুরী পরিস্থিতিতে বিকল্প যোগাযোগের ব্যক্তি ফোন: \_\_\_\_\_

### 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