



哮喘藥物施用表 (ASTHMA MEDICATION ADMINISTRATION FORM)

提供者醫療手續執行表 | 學校健康辦公室 | 2026-2027 學年

請將其交回給學校護士/學校健康中心。6月1日之後遞交的表格可能會對新學年的申請程序造成延誤。

學生姓氏: _____ 名字: _____ 中名首字母: _____ 出生日期: _____
性別: 男 女 學生身份號碼(OSIS): _____ 年級: _____ 班級: _____ 教育局學區: _____
學校 (包括ATS DBN/名稱、地址和行政區): _____

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.

表格不得由駐院醫生填寫 2026年2月修訂
醫療專業人員的資訊不完整, 將導致醫療手續執行的延誤

家長必須在第2頁簽名

哮喘藥物施用表 (ASTHMA MEDICATION ADMINISTRATION FORM)

哮喘提供者醫療手續執行表 | 學校健康辦公室 | 2026-2027 學年
請將其交回給學校護士/學校健康中心。6月1日之後遞交的表格可能會對新學年的申請程序造成延誤。

家長/監護人：通讀、填寫並簽名。我在下面簽名，表示我同意如下：

- 我同意，學校保存我子女的醫藥並根據我子女的健康護理人員的說明給藥。我也同意，我子女的醫藥所需的任何器材都在學校裏儲存和使用。
- 我理解：
 - 我必須把我子女的醫藥和器材（包括非沙丁胺醇吸入器/non-albuterol inhalers）交給學校護士/學校健康中心（SBHC）。
 - 我給予學校的所有處方和非處方藥物都必須是新的、未曾開封過並裝在其原封瓶子或盒子裏。我將給學校提供我子女在上學日所需的當前、未過期的醫藥用品。
 - 處方藥物必須在其盒子或瓶子上有**原裝藥房**標籤。標籤必須包括：1) 我子女的姓名，2) 藥房名稱和電話號碼，3) 我子女醫生的姓名，4) 日期，5) 重配次數，6) 藥物名稱，7) 劑量，8) 何時用藥，9) 如何用藥以及 10) 任何其他說明。
 - 我謹此證明/確認，我已諮詢我子女的健康護理人員，並且我同意學校健康辦公室（OSH）在萬一我子女沒有哮喘藥物時可以給我子女施用儲存的藥物。
 - 如果我子女的藥物發生任何變化或者醫生的說明有任何變化，我必須**立即**告知學校護士/SBHC 服務提供者。
 - 涉及到給我子女提供上述健康服務的學校健康辦公室（OSH）及其代理人員依賴於本表資訊的精確度。
 - 我在這一「藥物施用表」（MAF）上簽名，則表明我授權學校健康辦公室（OSH）為我子女提供健康服務。這些服務可以包括（但不限於）由一名 OSH 辦公室健康護理人員或護士所執行的臨床評估或體檢。
 - 這份 MAF 表所囑咐的藥物用法在以下時間失效：我子女的學年結束時（這可能包括暑期班），或者在我交給學校護士/SBHC 服務提供者一份新的 MAF 時（以時間較早者為準）。
 - 當這份藥物用法表失效時，我將向我子女的學校護士/SBHC 服務提供者提供一份由我子女的健康護理人員填寫的新 MAF 表。如果不這麼做，OSH 健康護理人員可以對我的子女進行檢查，除非我向子女學校的護士/SBHC 提供一封信，表明我不想讓 OSH 健康護理人員檢查子女。OSH 健康護理人員可以評估我子女的哮喘症狀及其對處方哮喘藥物的反應。OSH 健康護理人員可以決定該醫藥手續執行是否將維持原狀或者需要做出改變。OSH 健康護理人員可以填寫一份新的 MAF，這樣我的子女可以繼續接受 OSH 所提供的健康服務。我的健康護理人員或 OSH 健康護理人員在以後的哮喘 MAF 上將不需要我的簽名。如果 OSH 健康護理人員為我子女填妥一份新的 MAF，OSH 健康護理人員將盡其努力通知我和我子女的健康護理人員。
 - 這份表格代表我同意並要求提供本表格內說明的哮喘服務，並可以直接發送給學校健康辦公室（OSH）。這並非 OSH 提供所要求的服務的協議。如果 OSH 決定提供這些服務，我子女可能還需要一份「504 特別照顧計劃」（Section 504 Accommodation Plan）。這份計劃將由學校填寫。
 - 為著給我子女提供護理或治療的目的，OSH 可以獲取該辦公室認為所需要的有關我子女的健康問題、藥物和治療相關的任何其他資訊。OSH 可以向任何為我子女提供健康服務的健康護理人員、護士或藥劑師索取該資訊。

請注意：在學校外出參觀日和/或課後計劃中，如果您選擇使用儲存的藥物，您必須讓子女隨身帶上哮喘藥物吸入器、腎上腺素、以及其他任何獲准的藥物。儲存的藥物僅由 OSH 工作人員在學校使用。

自己用藥（僅適用於能自己獨立用藥的學生）：

- 我證明/確認，我子女已得到充分的訓練並能夠自行用藥。我同意，我的子女在學校裏以及在學校外出活動時自己攜帶、儲存並自己施用本表格上所開具的藥物。我負責根據上述說明把瓶子或盒子裏的藥物交給我子女。我也負責監督我子女在學校裏的藥物使用情況及其對這一藥物使用所導致的任何後果。學校護士/SBHC 將確認我子女擁有攜帶和自行用藥的能力。我也同意交給學校「備用」藥物（裝在清楚地標示的盒子或瓶子裏）。

學生 姓氏：_____ 名字：_____ 中間名首字母：_____
出生日期（月/日/年）：_____

學校（ATS DBN/名稱）：_____ 行政區：_____ 學區：_____

家長/監護人姓名（用英文清楚書寫）：_____ 家長/監護人電子郵箱：_____

家長/監護人簽名：_____ 簽名日期：_____

家長/監護人地址：_____

家長 / 監護人手機號碼：_____ 其他電話：_____

其他緊急聯絡人姓名/關係：_____

其他緊急聯絡人電話：_____

For Office of School Health (OSH) Use Only (僅供工作人員填寫)

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