



# FORMULAIRE D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS POUR L'ASTHME

Formulaire d'ordonnance médicale du prestataire pour l'asthme | Bureau de la santé scolaire | Année scolaire 2026-2027

À retourner au personnel infirmier scolaire/centre de santé scolaire. Les formulaires soumis après le 1<sup>er</sup> juin peuvent retarder leur traitement pour la nouvelle année scolaire.

Nom de l'élève : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ 2<sup>e</sup> prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance (MM/JJ/AAAA) : \_\_\_\_\_  
Sexe :  Masculin  Féminin N° OSIS : \_\_\_\_\_ Grade : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_ District du DOE : \_\_\_\_\_  
École (ATS DBN/nom, adresse et borough) : \_\_\_\_\_

## 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 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.**

LES FORMULAIRES NE DOIVENT PAS ÊTRE REMPLIS PAR UN OU UNE INTERNE EN MÉDECINE

LES INFORMATIONS INCOMPLÈTES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ RETARDERONT LA MISE EN PLACE DES ORDONNANCES MÉDICALES

Rév 2/26  
LES PARENTS DOIVENT SIGNER LA PAGE 2

# FORMULAIRE D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS POUR L'ASTHME

Formulaire d'ordonnance médicale du prestataire pour l'asthme | Bureau de la santé scolaire | Année scolaire 2026-2027

À retourner au personnel infirmier scolaire/centre de santé scolaire. Les formulaires soumis après le 1<sup>er</sup> juin peuvent retarder leur traitement pour la nouvelle année scolaire.

## PARENTS/TUTEURS/TUTRICES : LISEZ, COMPLÉTEZ ET SIGNEZ. EN SIGNANT CI-DESSOUS, J'ACCEPTÉ CE QUI SUIT :

- Je consens à ce que les médicaments de mon enfant soient conservés et administrés à l'école selon les instructions de son médecin. Je consens également à ce que tout équipement nécessaire aux médicaments de mon enfant soit conservé et utilisé à l'école.
- Je comprends que :
  - Je dois donner au personnel infirmier scolaire/centre de santé scolaire (School Based Health Center - SBHC) les médicaments de mon enfant et l'équipement nécessaire, y compris les inhalateurs sans salbutamol (albutérol).
  - Tous les médicaments prescrits et « en vente libre » que je remets à l'école doivent être neufs, non ouverts et dans leur emballage ou flacon d'origine. Je fournirai à l'école les médicaments actuels et non périmés pour l'usage de mon enfant pendant les jours de classe.**
    - La boîte ou le flacon des médicaments prescrits doivent porter l'étiquette d'origine de la pharmacie. L'étiquette doit indiquer : 1) le nom de mon enfant, 2) le nom et le numéro de téléphone de la pharmacie, 3) le nom du médecin de mon enfant, 4) la date, 5) le nombre de renouvellements, 6) le nom du médicament, 7) la posologie, 8) quand prendre le médicament, 9) le mode d'administration du médicament et 10) toute autre instruction.
  - Je déclare/j'atteste avoir consulté le médecin de mon enfant et je consens à ce que le Bureau de la santé scolaire (Office of School Health - OSH) administre le médicament de mon enfant conservé en réserve si son médicament prescrit pour l'asthme n'est pas disponible.
  - Je dois **immédiatement** informer le personnel infirmier scolaire/centre de santé scolaire SBHC de tout changement concernant le médicament de mon enfant ou les instructions de son médecin.
  - Le Bureau de la santé scolaire (Office of School Health - OSH) et son personnel chargé de fournir à mon enfant les services de santé indiqués ci-dessus se fient à l'exactitude des informations de ce formulaire.
  - En signant ce formulaire d'administration de médicaments (Medication Administration Form - MAF), j'autorise l'OSH à dispenser des services de santé à mon enfant. Ces services peuvent comprendre une évaluation clinique ou un examen médical par un professionnel de santé ou le personnel infirmier de l'OSH.
  - L'ordonnance médicale contenue dans ce MAF expire à la fin de l'année scolaire de mon enfant, ce qui peut inclure la session d'été, ou lorsque je donne un nouveau MAF au personnel infirmier scolaire/centre de santé scolaire SBHC (selon ce qui survient en premier).
  - Lorsque l'ordonnance médicale arrivera à expiration, je donnerai au personnel infirmier scolaire de mon enfant/au prestataire SBHC un nouveau MAF rempli par son médecin. Si cela n'est pas fait, un professionnel de santé de l'OSH peut examiner mon enfant sauf si je fournis une lettre au personnel infirmier scolaire/centre de santé scolaire SBHC indiquant que je ne veux pas que mon enfant fasse l'objet d'un examen par un professionnel de santé de l'OSH. Le professionnel de santé de l'OSH peut évaluer les symptômes de l'asthme de mon enfant et sa réaction au médicament prescrit. Le professionnel de santé de l'OSH peut décider si l'ordonnance médicale doit rester la même ou être changée. Le professionnel de santé de l'OSH peut remplir un nouveau MAF pour que mon enfant puisse continuer à bénéficier des services de santé à travers l'OSH. Mon médecin ou le professionnel de santé de l'OSH n'aura pas besoin de ma signature pour rédiger de nouveaux MAF pour l'asthme. Si le professionnel de santé de l'OSH remplit un nouveau MAF pour mon enfant, le professionnel de santé de l'OSH devra m'informer et informer le médecin de mon enfant.
  - Ce formulaire représente mon autorisation et ma demande pour les services décrits dans ce formulaire pour traiter l'asthme, et peut être envoyé directement à l'OSH. Cela ne signifie pas que l'OSH s'engage à fournir les services demandés. Si l'OSH décide de dispenser ces services, mon enfant peut également avoir besoin d'un plan d'aménagements en vertu de la Section 504. Ce plan sera mis en place par l'école.
  - Afin de dispenser des soins ou un traitement à mon enfant, l'OSH peut obtenir toute autre information qu'il estime être nécessaire concernant l'état de santé, les médicaments ou le traitement de mon enfant. L'OSH peut obtenir ces informations auprès des professionnels de santé, du personnel infirmier ou des pharmaciens ayant dispensé des services de santé à mon enfant.

**REMARQUE : si vous décidez d'utiliser des médicaments de réserve, vous devez fournir à votre enfant son inhalateur pour l'asthme, son stylo auto-injecteur d'adrénaline (épinéphrine) et tout autre médicament approuvé le jour d'une sortie scolaire et/ou d'un programme après les cours. Les médicaments de réserve sont réservés à l'usage exclusif du personnel de l'OSH à l'école.**

## AUTOADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS (UNIQUEMENT POUR LES ÉLÈVES AUTONOMES) :

- Je déclare/j'atteste que mon enfant a reçu une formation complète et qu'il ou elle peut prendre son médicament en toute autonomie. Je consens à ce que mon enfant transporte, conserve et s'administre en toute autonomie le médicament prescrit sur ce formulaire à l'école et lors des sorties. Je suis responsable de donner ce médicament à mon enfant, dans sa boîte ou son flacon, comme décrit ci-dessus. Je suis également responsable de la surveillance de la prise de médicaments par mon enfant et de toutes les conséquences de l'utilisation de ce médicament par mon enfant à l'école. Le personnel infirmier scolaire/SBHC confirmera si mon enfant est capable de transporter le médicament et de se l'administrer. Je consens également à donner à l'école un médicament « de secours » dans une boîte ou un flacon dont l'étiquette est visible.

Nom de famille de l'élève : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Initiale 2<sup>e</sup> prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance (m/j/a) : \_\_\_\_\_

École (DBN ATS/nom) : \_\_\_\_\_ Borough : \_\_\_\_\_ District : \_\_\_\_\_

Nom du parent/tuteur/de la tutrice (majuscules) : \_\_\_\_\_ E-mail du parent/tuteur/de la tutrice : \_\_\_\_\_

Signature du parent/tuteur/de la tutrice : \_\_\_\_\_ Date de signature : \_\_\_\_\_

Adresse du parent/tuteur/de la tutrice : \_\_\_\_\_

Téléphone portable du parent/tuteur/de la tutrice : \_\_\_\_\_ Autre téléphone : \_\_\_\_\_

Autre personne à contacter en cas d'urgence/liens : \_\_\_\_\_

Téléphone de l'autre personne à contacter en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

### 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