



천식 약 투약 양식

의료인 투약 지시 양식 | 학교 보건 담당실 | 2026-2027 학년도

학교 간호사/학교 보건 센터에 제출하십시오. 6월 1일 이후 제출된 양식은 새 학년도에 처리가 지연될 수 있습니다.

학생 성: _____ 이름: _____ 미들: _____ 생년월일: _____
성별: 남 여 OSIS 번호: _____ 학년: _____ 학급: _____ 교육청 학군: _____
학교(ATS DBN/이름, 주소 및 보호 기재): _____

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.

레지던트는 양식을 작성할 수 없습니다

수정 2026/2

의료인 관련 정보가 불충분하다면 약물 주문이 지연될 것입니다

학부모는 반드시 페이지 2에 서명하십시오

천식 약 투약 양식

천식 의료제공자 투약 지시 | 학교 보건 담당실 | 2026-2027 학년도
학교 간호사/학교 보건 센터에 제출하십시오. 6월 1일 이후 제출된 양식은 새 학년도에 처리가 지연될 수 있습니다.

학부모/보호자님께: 읽고 작성 후 서명. 저는 아래 내용에 동의하여 이에 서명합니다:

- 저는 자녀의 의료 서비스 제공자가 지시한 대로 학교에 자녀의 약을 보관하고 사용하는 것에 동의합니다. 저는 또한 제 자녀의 약에 필요한 비품을 학교에 보관 및 사용하는 것에 동의합니다.
- 저는 다음을 이해합니다:
 - 저는 학교 간호사/학교 보건 센터(SBHC) 의료인에게 반드시 비-알부테롤 호흡기를 포함한 자녀의 약품과 물품을 제공할 것입니다.
 - 학교에 제공하는 모든 처방 및 "일반 의약품"은 반드시 개봉하지 않은 새것을 원래 용기에 들은 것을 제공해야 합니다. 저는 학교에 제 자녀가 학교 일과 중 사용할 수 있도록 유효기간이 지나지 않은 최신 약을 제공할 것입니다.
 - 처방약은 반드시 박스 또는 병에 원래 약국 라벨이 붙어있어야 합니다. 라벨에는: 1) 자녀의 이름, 2) 약국 이름 및 전화번호, 3) 자녀의 의료 보건 담당자 이름, 4) 날짜, 5) 리필 숫자, 6) 약 이름, 7) 복용량, 8) 복용시간, 9) 복용/투약 방법 10) 기타 안내가 포함되어야 합니다.
 - 저는 자녀의 의료 보건 담당자와 의논하였으며 학교 보건 담당실(OSH)이 자녀의 천식 약이 없을 때는 비축 약품을 투여하는 것에 동의하였음을 증명/확인합니다.
 - 저는 자녀의 약이나 의사의 지시가 변경되면 반드시 즉시 학교 간호사/SBHC 의료인에게 알려야 합니다.
 - 저는 학교 보건 담당실(OSH) 및 상기 의료 서비스(들)을 자녀에게 제공하는데 관련된 소속 에이전트가 본 양식에 제공된 정보의 정확함에 의존함을 알고 있습니다.
 - 저는 투약 양식(MAF)에 서명함으로써 OSH 가 제 자녀에게 보건 서비스를 제공하는 것을 승인합니다. 이들 서비스에는 OSH 의료 서비스 제공자 또는 간호사의 임상 평가 및 신체 검사가 포함되나 이에만 국한되지는 않습니다.
 - 이 MAF의 약품 처방은 서머 세션을 포함한 제 자녀의 학년 말 또는 학교 간호사/SBHC 의료인에게 새로운 MAF 를 제공할 때(둘 중 이른 시점) 만료됩니다.
 - 이 약품 지시가 만료되면 저는 자녀의 학교 간호사/SBHC 의료인에게 자녀의 의료 서비스 제공자가 작성한 새로운 MAF 를 제출하겠습니다. 이 양식을 새로 제출하지 않으면 제가 학교 간호사에게 OSH/SBHC 의료 서비스 제공자가 제 자녀를 검사하는 것을 원하지 않는다는 편지를 제공하지 않는 한 OSH/SBHC 의료 서비스 제공자가 제 자녀를 검사할 수 있습니다. OSH 의료 제공자는 자녀의 천식 증상 및 천식 약품에 대한 반응을 평가할 수 있습니다. OSH 의료 제공자는 약품 지시를 유지할지 혹은 변경할지 결정할 수 있습니다. OSH 의료 제공자는 새로운 MAF 를 작성하여 자녀가 OSH 를 통해 계속 보건 서비스를 받을 수 있도록 할 수 있습니다. 제 주치의 또는 OSH 의료 제공자는 차후 천식 MAF 작성 시 제 서명이 필요 없습니다. 만약 OSH 의료 제공자가 제 자녀의 신규 MAF 를 작성한다면 OSH 의료 제공자는 저와 자녀의 의료 담당자에게 안내하려고 노력할 것입니다.
 - 이 양식은 양식에 설명된 천식 서비스에 대한 저의 동의 및 요청을 대변하며 직접 OSH 에 보낼 수도 있습니다. 이것은 요청한 서비스를 OSH 가 제공하겠다는 약속이 아닙니다. OSH 가 이들 서비스를 제공하겠다고 결정하면, 제 자녀는 또한 섹션 504 조정 계획이 필요할 수 있습니다. 이 계획은 학교가 작성할 것입니다.
 - 제 자녀에게 케어 또는 치료를 제공할 목적으로 OSH 는 자녀의 의료 상태, 약품 또는 치료에 대해 필요하다고 생각하는 기타 정보를 수집할 수 있습니다. OSH 는 제 자녀에게 의료 서비스를 제공하는 의료 서비스 제공자, 간호사 또는 약사로부터 이 정보를 입수할 수 있습니다.

주의: 비축 약품 사용을 결정하셨다면, 귀하는 반드시 자녀와 함께 학교 견학 및/또는 방과 후 프로그램에 자녀의 천식 흡입기, 에피네프린 및 기타 승인된 약품을 보내셔야 합니다. 비축 약품은 OSH 직원에 의해 학교 안에서만 사용할 수 있습니다.

자가 투약(독립적인 학생만 해당):

- 저는 자녀가 스스로 약을 복용하도록 완전히 훈련되어 있고 복용할 수 있음을 보증/확인합니다. 저는 제 자녀가 양식에 명시된 처방약을 학교 및 견학 장소에서 소지, 보관 및 자가 투여하는 것에 동의합니다. 상기 설명된 병 또는 박스에 있는 이 약을 제 자녀에게 주는 것은 제 책임입니다. 자녀의 해당 약품 사용을 모니터링하고 학교에서 제 자녀의 해당 약품 사용으로 인한 모든 결과는 또한 제 책임입니다. 제 자녀가 학교에서 약품을 소지 및 자가 투여할 능력이 있는지 학교 간호사/SBHC 가 확인할 것입니다. 저는 또한 학교에 명확한 라벨이 부착된 박스 또는 병에 들어 있는 "여분"의 약품을 제공하는 것에 동의합니다.

학생 성: _____ 이름: _____ 중간 이니셜: _____ 생년월일(월/일/년): _____
학교(ATS DBN/이름): _____ 보로: _____ 학군: _____
학부모/보호자 성명(인쇄체): _____ 학부모/보호자 이메일: _____
학부모/보호자 서명: _____ 서명 날짜: _____
학부모/보호자 주소: _____
학부모/보호자 휴대 전화번호: _____ 기타 전화: _____
기타 비상 연락처 이름/관계: _____
기타 비상 연락처 전화번호: _____

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