



ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | 2026-2027 уч. г.

Верните заполненную форму школьной медсестре или в школьный центр здоровья.

Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

Фамилия учащегося: _____ Имя: _____ Ср. имя: _____ Дата рождения: _____
Пол: мужской женский Номер учащегося (OSIS): _____ Уч. уровень: _____ Класс: _____ Школьный округ DOE: _____
Школа (данные в ATS: номер DBN/название, адрес и район): _____

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.

ФОРМЫ НЕ МОГУТ ЗАПОЛНЯТЬСЯ ВРАЧОМ-ОРДИНАТОРОМ Редакция 2/26

УКАЗАНИЕ НЕПОЛНОЙ ИНФОРМАЦИИ О ЛЕЧАЩЕМ ВРАЧЕ РЕБЕНКА ВЕДЕТ К ЗАДЕРЖКЕ В ИСПОЛНЕНИИ ПРЕДПИСАНИЯ. ТРЕБУЕТСЯ ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ НА С. 2

ЗАПРОС НА ВЫДАЧУ ПРОТИВОАСТМАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | 2026-2027 уч. г.

Верните заполненную форму школьной медсестре или в школьный центр здоровья.

Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

РОДИТЕЛИ/ОПЕКУНЫ! ПРОЧИТАЙТЕ, ЗАПОЛНИТЕ И ПОДПИШИТЕ ФОРМУ. Я, НИЖЕПОДПИСАВШИЙСЯ, ВЫРАЖАЮ СОГЛАСИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЕ:

- Я даю согласие на хранение и выдачу ребенку в школе лекарства в соответствии с предписаниями его лечащего врача. Также даю согласие на хранение и применение в школе средств, необходимых для введения лекарственного препарата.
- Мне известно следующее:
 - Мне требуется обеспечить школьную медсестру/школьный центр здоровья (school based health center, SBHC) лекарственным препаратом и средствами для его введения, в т. ч. неальбутерольными ингаляторами.
 - Все предоставляемые школе рецептурные и безрецептурные лекарственные препараты должны быть новыми, в запечатанной фабричной или аптечной упаковке. Я предоставляю школе назначенное на текущее время непросроченное лекарство для приема ребенком в течение учебного дня.**
 - Рецептурный препарат должен быть в упаковке с оригинальной аптечной этикеткой, на которой должны быть указаны 1) имя и фамилия ребенка, 2) название и телефон аптеки, 3) имя и фамилия врача ребенка, 4) дата, 5) число повторных заказов, 6) название препарата, 7) доза, 8) время приема, 9) способ применения и 10) другие инструкции.
 - Настоящим подтверждаю, что по согласовании с лечащим врачом ребенка я разрешаю Отделу школьного здравоохранения (Office of School Health, OSH) применять имеющиеся в школе лекарственные средства (stock medication) в случае отсутствия у ребенка собственных лекарств от астмы.
 - Я обязуюсь незамедлительно уведомлять школьную медсестру/SBHC обо всех изменениях в лекарственных препаратах ребенка или инструкциях его врача.
 - Отдел школьного здравоохранения (OSH) и его представители, ответственные за предоставление ребенку вышеуказанной услуги/услуг, руководствуются информацией, предоставленной в данной форме.
 - Своей подписью в Запросе на выдачу лекарств (medication administration form, MAF) я разрешаю OSH оказывать медицинские услуги ребенку. Эти услуги могут включать, в частности, клиническую оценку и медицинский осмотр, проводимые врачом или медсестрой OSH.
 - Врачебное предписание в этом запросе MAF истекает в конце учебного года, который может включать летние занятия, или по представлении мной новой формы MAF школьной медсестре/SBHC (в зависимости от того, что наступит ранее).
 - По истечении этого врачебного предписания я представлю школьной медсестре/SBHC новую форму MAF, заполненную лечащим врачом ребенка. В случае неподачи нового MAF и при отсутствии родительского письменного отказа от медицинского осмотра ребенка, ребенок может быть осмотрен врачом OSH. Врач OSH может провести оценку симптомов астмы и эффективности назначенного препарата. Врач OSH установит необходимость внесения изменений и выдаст новый запрос MAF, чтобы ребенок продолжал получать услуги через OSH. Для оформления новых запросов MAF лечащему врачу или врачу OSH не требуется моя подпись. В случае выдачи нового MAF, врач OSH предпримет попытку информировать меня и лечащего врача ребенка.
 - Данная форма представляет собой мое согласие и запрос на указанные услуги по лечению астмы и может быть направлена напрямую в OSH. Она не является согласием OSH на оказание запрашиваемых услуг. В случае согласия OSH на предоставление этих услуг, ребенку также потребуется План адаптации (Section 504 Accommodation Plan), который оформляется школой.
 - В целях предоставления медицинских услуг или лечения моего ребенка OSH/SBHC может обращаться за необходимой им дополнительной информацией о состоянии его здоровья, лекарствах и/или процедурах к любым врачам, медсестрам и фармацевтам, оказывавшим помощь ребенку.

ПРИМЕЧАНИЕ. В случае выбора в пользу имеющихся в школе лекарственных средств (stock medication), в дни школьных экскурсий и/или послешкольных программ вы должны обеспечить ребенка противоастматическим ингалятором, автоинъектором с эпинефрином и другими утвержденными для самостоятельного приема лекарствами. Имеющиеся в школе препараты предназначены только для применения сотрудниками OSH в школе.

САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

- Настоящим заявляю/подтверждаю, что ребенок прошел обучение и может принимать лекарство самостоятельно. Я разрешаю ребенку иметь при себе, хранить и самостоятельно принимать в школе/во время школьных экскурсий указанное в данной форме лекарство. Я несу ответственность за предоставление ребенку лекарственных средств в упаковке, как описано выше. Я также несу ответственность за контроль приема лекарства ребенком, а также за все последствия приема этого препарата в школе. Школьная медсестра/SBHC удостоверяет способность ребенка иметь при себе и самостоятельно принимать препарат. Я даю согласие на предоставление запасного лекарства в упаковке с этикеткой back up для хранения в школе.

Сведения об учащемся. Фамилия: _____ Имя: _____ Инициал ср. имени: _____
Дата рождения (месяц/день/год): _____

Сведения о школе (Номер DBN/название в ATS): _____ Район: _____ Школьный округ: _____

Сведения о родителе/опекуне. Имя и фамилия (печатными буквами): _____ Имейл родителя/опекуна: _____

Подпись родителя/опекуна: _____ Дата подписи: _____

Адрес родителя/опекуна: _____

Мобильный телефон родителя/опекуна: _____ Другой телефон: _____

Другое контактное лицо для срочной связи/Родство с учащимся: _____

Др. телефон для срочной связи: _____

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