



অ্যাজমা জনিত ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত ফর্ম

সেবা প্রদানকারীর ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত নির্দেশনার ফর্ম | অফিস অভ স্কুল হেলথ | 2023-2024 শিক্ষা বছর

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

শিক্ষার্থীর শেষ নাম: _____ প্রথম নাম: _____ মধ্যনামের আদ্যাক্ষর: _____ জন্মতারিখ: _____
লিঙ্গ: পুরুষ নারী OSIS নম্বর: _____ DOE ডিস্ট্রিক্ট: _____ গ্রেড/ক্লাস: _____
স্কুল (অন্তর্ভুক্ত করুন: ATS DBN/নাম, ঠিকানা, এবং বরো): _____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

Diagnosis

Asthma
 Other: _____

Control (see NAEPP Guidelines)

Well Controlled
 Not Controlled / Poorly Controlled
 Unknown

Severity (see NAEPP Guidelines)

Intermittent
 Mild Persistent
 Moderate Persistent
 Severe Persistent
 Unknown

Student Asthma Risk Assessment Questionnaire (Y = Yes, N = No, U = Unknown)

History of near-death asthma requiring mechanical ventilation Y N U
History of life-threatening asthma (loss of consciousness or hypoxic seizure) Y N U
History of asthma-related PICU admissions (ever) Y N U
Received oral steroids within past 12 months Y N U _____ times last: _____
History of asthma-related ER visits within past 12 months Y N U _____ times last: _____
History of asthma-related hospitalizations within past 12 months Y N U _____ times last: _____
History of food allergy or eczema, specify: _____ Y N U
Excessive Short Acting Beta Agonist (SABA) use (daily or > 2 times a week)? Y N U

Home Medications (include over the counter)

None

Reliever: _____ Contoller: _____ Other: _____

Student Skill Level (select the most appropriate option):

Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication
 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

**** If in Respiratory Distress: call 911 and give albuterol 6 puffs: may repeat Q 20 minutes until EMS arrives!**

Albuterol [Only generic Albuterol MDI w/ individual spacer is provided by school; this will be used if prescribed medication below is unavailable]
Standard Order: Give 2 puffs q 4 hrs PRN for coughing, wheezing, tight chest, difficulty breathing or shortness of breath.
Monitor for 20 mins or until symptom-free. If not symptom-free within 20 mins may repeat ONCE.

Other Quick Relief Medication:

Other Albuterol Dosing: Name: _____ Strength : _____ Dose: _____puffs every _____hours. *If not symptom-free within 20 mins may repeat ONCE*
 Airsupra (albuterol & budesonide) Strength _____Dose _____puffs PRN every _____hrs. *If not symptom-free within 20 mins may repeat ONCE*
 Symbicort (formoterol & budesonide) Strength : _____ Dose: _____puffs every _____min or _____hrs. May repeat ONCE PRN
 Albuterol with ICS : Albuterol _____puffs followed by Flovent _____puffs every _____hrs. *If not symptom-free in 20 mins may repeat ONCE*
 Albuterol _____puffs followed by Qvar _____puffs every _____hrs. *If not symptom-free in 20 mins may repeat ONCE*
 Albuterol MDI _____puffs followed by ICS (Name) _____Strength: _____puffs every _____hrs

URI Symptoms/Recent Asthma Flare: 2 puffs @noon for 5 school days when directed by PCP

Name: _____ Dose: _____puffs/ _____AMP q _____hrs.

Pre-exercise: Name: _____ Dose: _____puffs/ _____AMP 15-20 mins before exercise.

Special Instructions:

Contoller Medications for In-School Administration (Recommended for Persistent Asthma, per NAEPP Guidelines)

Fluticasone [Only Flovent® 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

Symbicort (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 & _____PM

Health Care Practitioner

Last Name (Print): _____ First Name (Print): _____ MD DO NP PA

NYS License # _____ NPI # : _____ Signature: _____ Date: _____

Completed by Emergency Department Medical Practitioner: Yes No (ED Medical Practitioners will not be contacted by OSH/SBHC Staff)

Address: _____ E-mail address: _____

Tel: _____ FAX: _____ Cell Phone: _____

CDC and AAP strongly recommend annual influenza vaccination for all children diagnosed with asthma.

FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT

পিঠামাতাকে অবশ্যই পৃষ্ঠা 2-এ স্বাক্ষর করতে হবে →

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS.

| সংস্করণ 3/23

T-35514 (Bangla)

অ্যাজমা জনিত ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত ফর্ম

অ্যাজমা জনিত সেবা প্রদানকারীর ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত নির্দেশনা | অফিস অভ স্কুল হেলথ | 2023-2024 শিক্ষা বছর

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

পিতামাতা/অভিভাবকগণ পড়ুন, পূরণ করুন, এবং স্বাক্ষর করুন। নিচে স্বাক্ষর দিয়ে আমি নিম্নলিখিত বিষয়গুলো মেনে নিচ্ছি:

1. 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।

2. আমি বুঝি যে:

- আমি অবশ্যই স্কুল নার্সকে/পরিষেবা প্রদানকারী স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে (স্কুল বেসড হেলথ সেন্টার, SBHC) নন-অ্যালবিউটেরল ইনহেলার সহ আমার সন্তানের ঔষধ এবং সরঞ্জাম দিব।
- আমি মেসব প্রেসক্রিপশন এবং “ওভার-দ্যা-কাউন্টার” (কাউন্টার থেকে কেনা) ঔষধ স্কুলে দিব, সেগুলো অবশ্যই নতুন, মুখবন্ধ, এবং আসল (অরিজিন্যাল) বোতল বা বাক্সের মধ্যে থাকতে হবে। স্কুলে দিবসে ব্যবহার করার জন্য আমি বর্তমানে গ্রহণ করছি, মেয়াদোত্তীর্ণ হয়ে যায়নি এমন ঔষধ স্কুলে প্রদান করবো।
 - পেসক্রিপশন ঔষধের বোতল অথবা বাক্সের উপর অবশ্যই ফার্মাসিস্ট আসল লেবেল থাকতে হবে। লেবেলে যা যা অন্তর্ভুক্ত থাকতে হবে: 1) আমার সন্তানের নাম, 2) ফার্মাসিস্ট নাম ও ফোন নম্বর, 3) আমার সন্তানের ডাক্তারের নাম, 4) তারিখ, 5) রিফিল সংখ্যা, 6) ঔষধের নাম, 7) ডোজ, 8) ঔষধ সেবনের সময়, 9) ঔষধ কীভাবে সেবন করতে হবে এবং 10) অন্য সব নির্দেশনা।
- আমি এতদ্বারা প্রত্যয়ন/নিশ্চিত করছি যে, আমি আমার সন্তানের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর সাথে কথা বলেছি এবং কোনও সময় যদি আমার সন্তানের ব্যবস্থাপনায় দোষ আজমা অথবা ঔষধ সঙ্গ না থাকে, তখন আমার সন্তানকে মওজুদ ঔষধ প্রদান করার জন্য আমি OSH/SBHC-কে অনুমোদন দিচ্ছি।
- আমার সন্তানের ওষুধে অথবা ডাক্তারের নির্দেশনায় কোনও পরিবর্তন হলে আমি স্কুল নার্সকে/SBHC প্রদানকারীদের অবশ্যই অতিসত্বর জানাবো।
- OSH এবং এর এজেন্টরা, যারা আমার সন্তানকে উপরোক্ত স্বাস্থ্য পরিষেবা(সমূহ) প্রদান করেন, তারা এই ফর্মের তথ্যের সঠিকতার উপর নির্ভর করেন।
- এই মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্মটি (MAF) স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি অফিস অভ স্কুল হেলথ (OSH)/SBHC-কে আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানের অনুমতি দিচ্ছি। এই পরিষেবাগুলোর মধ্যে থাকতে পারে, কিন্তু এর মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়, OSH/SBHC-এর স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী অথবা নার্স দ্বারা চিকিৎসাগত (ক্লিনিক্যাল) মূল্যায়ন অথবা শারীরিক পরীক্ষা (ফিজিক্যাল এক্সাম)।
- আমার সন্তানের শিক্ষা বছরের শেষে, এতে গ্রীষ্মকালীন সেশন অন্তর্ভুক্ত হতে পারে, অথবা যখন আমি স্কুল নার্সকে/পরিষেবা প্রদানকারী SBHC-কে একটি নতুন MAF জমা দিব (যেটা আগে হবে), তখন এই MAF-টিতে যে ঔষধ সেবনের নির্দেশনা দেয়া আছে তা বাতিল 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/SBHC-এর স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী আমার সন্তানের আজমার লক্ষণসমূহ মূল্যায়ন করতে পারেন এবং নির্দেশনা অনুযায়ী আজমার ঔষধ সেবনের জন্য প্রদান করতে পারেন। OSH/SBHC-এর স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী চাইলে ঔষধ আগে যা ছিল তাই রাখতে পারেন অথবা পরিবর্তন করতে পারেন। OSH/SBHC-এর স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী একটি নতুন MAF পূরণ করবে, যেন আমার সন্তান OSH/SBHC-এর মাধ্যমে স্বাস্থ্য পরিষেবা গ্রহণ করতে পারে। আমার স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী অথবা OSH/SBHC-এর স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী ভবিষ্যতে আজমা MAF লিখতে আমার স্বাক্ষরের প্রয়োজন হবে না। যদি OSH/SBHC-এর স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী আমার সন্তানের জন্য একটি MAF পূরণ করেন, OSH/SBHC-এর স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী আমাকে এবং আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীকে তা অবহিত করার চেষ্টা করবেন।
- এই ফর্মটি আমার অনুমতি এবং এই ফর্মে আজমা জনিত সেবার অনুরোধ যেভাবে বর্ণিত আছে সেটার প্রতিনিধিত্ব করে। এটা অনুরোধকৃত পরিষেবা প্রদানে OSH/SBHC-এর দ্বারা কোনও চুক্তি নয়। যদি OSH/SBHC এই পরিষেবাগুলো প্রদান করার সিদ্ধান্ত নেয়, তবে আমার সন্তানের হয়তো সেকশন 504 অ্যাক্টমোডেশন প্ল্যান (বিশেষ সুবিধার পরিকল্পনা) প্রয়োজন হতে পারে। এই প্ল্যানটি (পরিকল্পনা) স্কুল পূরণ করবে।
- আমার সন্তানকে সেবা এবং চিকিৎসা প্রদানের উদ্দেশ্যে, OSH/SBHC 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 এসব তথ্য OSH/SBHC সংগ্রহ করতে পারে।

নিজে ঔষধ সেবনের জন্য (শুধুমাত্র স্বনির্ভর শিক্ষার্থীরা):

- আমি প্রত্যয়ন/নিশ্চিত করছি যে আমার সন্তান নিজে ঔষধ সেবনে পুরোপুরি প্রশিক্ষিত এবং নিজেই নিজের ঔষধ নেবে। এই ফর্মে নির্দেশনা অনুযায়ী, আমার সন্তানকে স্কুলে ঔষধ বহন করার, সংরক্ষণ করার এবং নিজে ঔষধ সেবন করার সম্মতি দিচ্ছি। আমার সন্তানকে উপরে যেভাবে বর্ণিত হয়েছে সেই অনুযায়ী এই ঔষধ বোতল অথবা বক্সে 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।

দ্রষ্টব্য: আপনি যদি স্টক (সুনির্দিষ্ট মজুত) ঔষধ ব্যবহারের সিদ্ধান্ত নিজে থাকেন, আপনাকে অবশ্যই আপনার সন্তানের সন্তানের অ্যাজমা ইনহেলার, এপ্রিনোফ্রিন, এবং অনুরোধিত অন্য যেসব ওষুধ নিজে নিজে দেয়া যায় সেগুলি স্কুল গ্রিপ এবং/অথবা আফটার স্কুল কর্মসূচির সময় তার সাথে পাঠিয়ে দেবেন যেন সেগুলি প্রয়োজনে তার জন্য সহজলভ্য হয়। স্টক মেডিকেশন (সুনির্দিষ্ট মজুত ঔষধ) শুধু স্কুলে OSH স্টাফ দ্বারা ব্যবহারের জন্য।

শিক্ষার্থীর শেষ নাম: _____ প্রথম নাম: _____ মধ্য: _____ জন্মতারিখ: _____

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 যোগাযোগ নাম/সম্পর্ক: _____

জরুরী পরিস্থিতিতে বিকল্প যোগাযোগ 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