



# FORMULAIRE D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS CONTRE L'ASTHME

FORMULAIRE D'ORDONNANCE MÉDICALE DU PRESTATAIRE | Bureau de la santé scolaire | Année scolaire 2023-2024

À retourner à l'infirmière scolaire/au 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 famille de l'élève : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Initiale : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe :  Masculin  Féminin Numéro OSIS : \_\_\_\_\_ District du DOE : \_\_\_\_\_ Grade/classe : \_\_\_\_\_

École (inclure ATS DBN/nom, adresse et borough) : \_\_\_\_\_

### 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                 | <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> U |                         |
| History of life-threatening asthma (loss of consciousness or hypoxic seizure) | <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> U |                         |
| History of asthma-related PICU admissions (ever)                              | <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> U |                         |
| Received oral steroids within past 12 months                                  | <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> U | _____ times last: _____ |
| History of asthma-related ER visits within past 12 months                     | <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> U | _____ times last: _____ |
| History of asthma-related hospitalizations within past 12 months              | <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> U | _____ times last: _____ |
| History of food allergy or eczema, specify: _____                             | <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> U |                         |
| Excessive Short Acting Beta Agonist (SABA) use (daily or > 2 times a week)?   | <input type="checkbox"/> Y | <input type="checkbox"/> N | <input type="checkbox"/> U |                         |

### Home Medications (Include over the counter) None

- Reliever: \_\_\_\_\_  Controller: \_\_\_\_\_  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:** \_\_\_\_\_

### Controller Medication 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). Strength 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

LES PARENTS DOIVENT SIGNER LA PAGE 2 →

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS.

RÉV 3/23

# FORMULAIRE D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS CONTRE L'ASTHME

FORMULAIRE D'ORDONNANCE DU PRESTATAIRE DE MÉDICAMENTS CONTRE L'ASTHME | Bureau de la santé scolaire | Année scolaire 2023-2024

À retourner à l'infirmière scolaire/au 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'ACCEPTE 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 à l'infirmière scolaire/au centre de santé scolaire (School Based Health Center – SBHC) les médicaments et l'équipement nécessaire de mon enfant, 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 donnerai 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)/le SBHC administre le médicament de mon enfant conservé en réserve si son médicament contre l'asthme n'est pas disponible.
  - Je dois **immédiatement** informer l'infirmière scolaire/le SBHC de tout changement concernant le médicament de mon enfant ou les instructions de son médecin.
  - L'OSH et son personnel qui participent à l'administration des services de santé dispensés à mon enfant et 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/le SBHC à prodiguer des soins médicaux à mon enfant. Ces services peuvent comprendre une évaluation clinique et un examen médical par un professionnel de santé ou une infirmière de l'OSH/du SBHC.
  - 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 à l'infirmière scolaire/au prestataire du SBHC (selon l'évènement survenant en premier).
  - Lorsque l'ordonnance médicale arrivera à expiration, je donnerai à l'infirmière de l'école de mon enfant/au prestataire SBHC un nouveau MAF rempli par le médecin de mon enfant. Si cela n'est pas fait, un professionnel de santé de l'OSH/du SBHC peut examiner mon enfant sauf si je fournis une lettre à l'infirmière de l'école/au SBHC indiquant que je ne veux pas que mon enfant fasse l'objet d'un examen par un professionnel de santé de l'OSH/du SBHC. Le professionnel de santé de l'OSH/du SBHC peut évaluer les symptômes de l'asthme de mon enfant et sa réaction au médicament prescrit. Le professionnel de santé de l'OSH/du SBHC peut décider si l'ordonnance médicale doit rester la même ou être changée. Le professionnel de santé de l'OSH/du SBHC peut remplir un nouveau MAF pour que mon enfant puisse continuer à bénéficier des services de santé à travers l'OSH/le SBHC. Mon médecin ou le professionnel de santé de l'OSH/du SBHC n'aura pas besoin de ma signature pour rédiger de nouveaux MAF pour l'asthme. Si le professionnel de santé de l'OSH/du SBHC remplit un nouveau MAF pour mon enfant, le professionnel de santé de l'OSH/du SBHC devra m'informer de son choix ainsi que son médecin.
  - Ce formulaire représente mon consentement et ma demande pour des services d'administration de médicaments contre l'asthme décrits ici. Cela ne constitue pas un accord de l'OSH/du SBHC pour fournir les services demandés. Si l'OSH/le SBHC décide de dispenser ces services, mon enfant peut également avoir besoin d'un plan d'aménagements 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/le SBHC 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/le SBHC peut obtenir ces informations auprès des professionnels de santé, des infirmières ou des pharmaciens ayant dispensé des services de santé à mon enfant.

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

- Je déclare/j'atteste que mon enfant est pleinement formé(e) 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 à l'école le médicament prescrit sur ce formulaire. Je suis responsable de donner à mon enfant ces médicaments dans leurs boîtes ou flacons, 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. L'infirmière scolaire/le SBHC attestera de l'aptitude de mon enfant à transporter le médicament et à 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 lisible.

**REMARQUE : si vous décidez d'utiliser les médicaments en réserve, vous devez fournir à votre enfant un inhalateur contre l'asthme, le stylo auto-injecteur d'adrénaline (épinéphrine) et les autres médicaments approuvés et autoadministrés lors de sorties scolaires et/ou de programmes après l'école pour les avoir à portée de main. Les médicaments en réserve sont pour l'usage du personnel de l'OSH à l'école.**

Nom de famille de l'élève : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Initiale 2 prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

École (ATS DBN/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: \_\_\_\_\_ Reviewed 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

Confidential information should not be sent by email

**FOR PRINT USE ONLY**