



استمارة إعطاء دواء الربو

استمارة طلب الدواء من المزود | مكتب الصحة المدرسية | للعام الدراسي 2022-2023

يرجى إعادة الاستمارة إلى ممرض(ة) المدرسة. الاستمارات المقدمة بعد يوم 1 يونيو/ حزيران قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد.

الاسم الأخير للتلميذ(ة): _____ الاسم الأول: _____ الأوسط: _____ تاريخ الميلاد: _____
الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐ أنثى رقم التعريف المدرسي (OSIS): _____ المنطقة التعليمية لإدارة التعليم: _____ الصف/ الفصل: _____
المدرسة (بما في ذلك: رقم المدرسة (ATS DBN) / الاسم والعنوان والحي): _____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW / يرجى من ممارس الرعاية الصحية إكمال الجزء أدناه

Diagnosis	Control (see NAEPP Guidelines)	Severity (see NAEPP Guidelines)
☐ Asthma	☐ Well Controlled	☐ Intermittent
☐ Other: _____	☐ Not Controlled / Poorly Controlled	☐ Mild Persistent
	☐ Unknown	☐ Moderate Persistent
		☐ Severe Persistent

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
History of asthma-related ER visits within past 12 months	☐ Y	☐ N	☐ U
History of asthma-related hospitalizations within past 12 months	☐ Y	☐ N	☐ U
History of food allergy or eczema, specify: _____	☐ Y	☐ N	☐ U

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

☐ **Albuterol** [Only generic Albuterol MDI is provided by school for shared usage]
(plus individual spacer): ☐ Stock ☐ Parent Provided ☐ MDI w/ spacer ☐ DPI
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**.
If in Respiratory Distress: Call 911 and give 6 puffs; may repeat q 20 minutes until EMS arrives.
☐ **Pre-exercise:** 2 puffs 15-20 mins before exercise.
☐ **URI Symptoms/Recent Asthma Flare:** 2 puffs @noon for 5 school days.
Special Instructions: _____
☐ **Other:** Name: _____ Strength: _____
Dose: _____ Route: _____ Frequency: _____ hrs
Give _____ puffs/ _____ AMP ☐ _____ 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**.
If in Respiratory Distress: Call 911 and give _____ puffs/ _____ AMP; may repeat q 20 minutes until EMS arrives.
☐ **Pre-exercise:** _____ puffs/ _____ AMP 15-20 mins before exercise.
☐ **URI Symptoms or Recent Asthma Flare:** _____ puffs/ _____ AMP @ noon for 5 school days
Special Instructions: _____

Controller 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 ☐ MDI w/ spacer ☐ DPI
Standing Daily Dose: _____ puffs **ONCE** a day at _____ AM
Special Instructions: _____
☐ **Other ICS Standing Daily Dose:**
Name: _____ Strength: _____ Dose: _____ Route: _____ Frequency: _____ hrs

Home Medications (include over the counter)

☐ Reliever: _____ ☐ Controller: _____ ☐ None ☐ Other: _____

Health Care Practitioner

Last Name (Print): _____ First Name (Print): _____ Signature: _____
NYS License # (Required): _____ Please check one: ☐ MD ☐ DO ☐ NP ☐ PA Date: _____
Tel: _____ FAX: _____ NPI #: _____

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

يجب على الآباء التوقيع على الصفحة 2

استمارة إعطاء دواء الربو

استمارة طلب الدواء من المزود | مكتب الصحة المدرسية | للعام الدراسي 2022-2023

يرجى إعادة الاستمارة إلى ممرض(ة) المدرسة. الاستثمارات المقدمة بعد يوم 1 يونيو/ حزيران قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد.

الآباء/ أولياء الأمور، أقرؤوا واكملوا ووقعوا هذه الاستمارة. بتوقيعي أدناه، أوافق على ما يلي:

- أوافق على أن يتم تخزين الدواء الخاص بطفلي وإعطائه في المدرسة بناء على توجيهات ممارس الرعاية الصحية لطفلي. أوافق أيضاً على أن يتم تخزين أية معدات مطلوبة لتقديم دواء طفلي واستخدامها في المدرسة.
- وأنا أدرك أنه:
 - يجب أن أعطي ممرض(ة) المدرسة الدواء والمعدات الخاصة بطفلي، بما في ذلك أجهزة الاستنشاق بخلاف (Albuterol).
 - يجب أن تكون جميع الأدوية "التي تصرف بدون وصفة طبية" والتي أعطيها للمدرسة جديدة وغير مفتوحة، وفي القارورة أو العبوة الأصلية. سوف أقدم للمدرسة بالأدوية الحالية الصالحة لاستخدام طفلي أثناء أيام الدراسة.
 - يجب أن تحمل الأدوية الموصوفة طبيباً ملصق الصيدلية الأصلي على القارورة أو العبوة. يجب أن يشتمل الملصق على: (1) اسم طفلي، (2) اسم الصيدلية ورقم هاتفها، (3) اسم ممارس الرعاية الصحية لطفلي، (4) التاريخ، (5) عدد مرات إعادة التعبئة، (6) اسم الدواء، (7) الجرعة، (8) متى يتم تناول الدواء، (9) كيفية تناول الدواء، و(10) أية إرشادات أخرى.
 - أقر/ أؤكد بموجبه بأنني تشاورت مع مقدم الرعاية الطبية لطفلي وأنتي أصرح لمكتب الصحة المدرسية (OSH) بإعطاء الدواء المخزون في حالة عدم توفر دواء الربو لطفلي.
 - يجب أن أخبر ممرض(ة) المدرسة فوراً عن أي تغيير في دواء طفلي أو تعليمات الطبيب.
 - يعتمد مكتب الصحة المدرسية (OSH) وكلاء المشاركين في تقديم الخدمة (الخدمات) الصحية المذكورة أعلاه إلى طفلي على دقة المعلومات المقدمة في هذه الاستمارة.
 - بتوقيعي على استمارة إعطاء الدواء هذه (MAF)، فإنني أمتنع موافقتي لمكتب الصحة المدرسية (OSH) على تقديم الخدمات الصحية لطفلي. وأنا أدرك أن هذه الخدمات قد تتضمن تقييماً أكاديمياً أو فحصاً بندياً من طرف ممارس الرعاية الصحية أو الممرض(ة) بمكتب الصحة المدرسية (OSH).
 - ينتهي طلب إعطاء الدواء في استمارة (MAF) هذه في نهاية العام الدراسي لطفلي، والذي قد يشمل الحصص الصفية، أو عندما أعطي ممرضة المدرسة استمارة (MAF) جديدة (أيهما أقرب).
 - عندما تنتهي صلاحية طلب الدواء هذا، سأقدم لمرضة طفلي المدرسة استمارة (MAF) جديدة مكتوبة بواسطة ممارس الرعاية الصحية لطفلي. إذا لم يتم ذلك، فيمكن لممارس الرعاية الصحية التابع لمكتب الصحة المدرسية (OSH) أن يقوم بفحص طفلي ما لم أقدم رسالة إلى ممرضة مدرستي تفيد بأنني لا أريد فحص طفلي من قبل ممارس الرعاية الصحية التابع لمكتب الصحة المدرسية (OSH). يمكن لممارس الرعاية الصحية بمكتب الصحة المدرسية (OSH) تقييم أعراض الربو لدى طفلي والاستجابة بدواء موصوف للربو. قد يقرر ممارس الرعاية الصحية بمكتب الصحة المدرسية (OSH) ما إذا كانت أوامر الدواء ستبقى كما هي أو يجب تغييرها. سوف يقوم ممارس الرعاية الصحية التابع لمكتب الصحة المدرسية (OSH) بتعبئة استمارة (MAF) جديدة لكي يمكن لطفلي أن يستمر في تلقي الخدمات الصحية من خلال مكتب الصحة المدرسية (OSH). لن يحتاج ممارس الرعاية الصحية التابع لمكتب الصحة المدرسية (OSH) إلى توقيعي لكتابة استمارات (MAFS) للربو في المستقبل. إذا قام ممارس الرعاية الصحية التابع لمكتب الصحة المدرسية (OSH) بتعبئة استمارة (MAF) لطفلي، سيقيم ممارس الرعاية الصحية التابع لمكتب الصحة المدرسية (OSH) بمحاولة إخطاري بذلك وإخطار ممارس الرعاية الصحية الخاص بطفلي.
 - تمثل هذه الاستمارة موافقتي وطلب تقديم خدمات الربو المذكورة في هذه الاستمارة. وهي لا تمثل اتفاقاً مع مكتب الصحة المدرسية (OSH) لتوفير الخدمات المطلوبة. إذا قرر مكتب الصحة المدرسية (OSH) تقديم هذه الخدمات، قد يحتاج طفلي أيضاً إلى خطة تسهيلات للتلميذ. ستقوم المدرسة بوضع هذه الخطة.
 - لأغراض تقديم الرعاية الصحية أو العلاج لطفلي، يمكن لمكتب الصحة المدرسية (OSH) الحصول على أي معلومات أخرى يعتقد أنها ضرورية عن الحالة الطبية لطفلي أو أنويته أو علاجه. قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على هذه المعلومات من أي ممارس رعاية صحية أو ممرضة أو صيدلي قدم خدمات صحية لطفلي.

تناول الدواء بشكل ذاتي (للتلاميذ المستقلين فقط):

- أقر/ أؤكد أن طفلي قد تلقى تدريباً كاملاً ويمكنه تناول الدواء بنفسه. أوافق على حمل طفلي وتخزينه وإعطائه الدواء الموصوف في هذه الاستمارة في المدرسة. أنا مسؤول عن إعطاء طفلي هذا الدواء في قوارير أو عبوات كما هو موضح أعلاه. أنا أيضاً مسؤول عن مراقبة استخدام طفلي للدواء، وعن جميع نتائج استخدام طفلي لهذا الدواء في المدرسة. ستؤكد ممرضة المدرسة قدرة طفلي على حمل الدواء وتناوله بنفسه. كما أوافق على إعطاء دواء "احتياطي" للمدرسة في قارورة أو عبوة معونة بوضوح.
- ملاحظة: إذا لم توافق على استخدام الدواء المخزون، يجب عليك إرسال عقار (epinephrine) الخاص بطفلك، وجهاز الاستنشاق للربو والأدوية الأخرى المسموح له بتناولها ذاتياً مع طفلك في يوم الرحلة المدرسية و/ أو برامج ما بعد الدوام المدرسي ليكون متوفراً معه. تستخدم الأدوية المخزونة فقط من قبل موظفي مكتب الصحة المدرسية (OSH) في المدرسة فقط.

الاسم الأخير للتلميذ(ة):	الاسم الأول:	الأوسط:	تاريخ الميلاد:
المدرسة (رقم DBN /ATS /الاسم):	الحي:	المنطقة التعليمية:	
اسم الوالد(ة) /ولي(ة) الأمر (بخط واضح):	عنوان البريد الإلكتروني للوالد(ة) /ولي(ة) الأمر:		
توقيع الوالد(ة) /ولي(ة) الأمر:	تاريخ التوقيع:		
عنوان الوالد(ة) /ولي(ة) الأمر:			
رقم الهاتف المحمول للوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر:	هاتف آخر:		
الاسم والعلاقة لطرف الاتصال الآخر:			
رقم هاتف طرف الاتصال الآخر:			

For Office of School Health (OSH) Use Only / فقط (OSH) لاستخدام مكتب الصحة المدرسية

OSIS Number: ☐ 504 ☐ IEP ☐ Other	Received by - Name: _____	Date: _____
	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