



# استمارة إعطاء دواء الربو

استمارة طلب الدواء من المزود | مكتب الصحة المدرسية | للعام الدراسي 2024-2023

يرجى إعادتها إلى ممرضة المدرسة/ المركز الصحي المدرسي. الاستمارات المقدمة بعد يوم 1 يونيو/ حزيران قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد.

الاسم الأخير للتلميذ(ة): \_\_\_\_\_ الاسم الأول: \_\_\_\_\_ الأحراف الأولى من الاسم الأوسط: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

الصف/ الفصل: \_\_\_\_\_ المنطقة التعليمية لإدارة: \_\_\_\_\_ الجنس: ذكر  أنثى  رقم التعريف المدرسي (OSIS): \_\_\_\_\_ المدرسة (بما في ذلك: رقم المدرسة (ATS DBN) // الاسم والعنوان والحي): \_\_\_\_\_

## HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

Diagnosis	Control (see NAEPP Guidelines)	Severity (see NAEPP Guidelines)
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Well Controlled	<input type="checkbox"/> Intermittent
<input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Not Controlled / Poorly Controlled	<input type="checkbox"/> Mild Persistent
	<input type="checkbox"/> Unknown	<input type="checkbox"/> Moderate Persistent
		<input type="checkbox"/> Severe Persistent
		<input type="checkbox"/> 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 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.

← يجب على الآباء توقيع الصفحة 2

| REV 3/23

T-35514 (Arabic)

FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT  
INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS.

## استمارة إعطاء دواء الربو

طلب الدواء من المزود | مكتب الصحة المدرسية | للعام الدراسي 2023-2024

يرجى إعادتها إلى مدرسة/المدرسة/المركز الصحي المدرسي. الاستمارات المقدمة بعد يوم 1 يونيو/حزيران قد توخر المعالجة للعام الدراسي الجديد.

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

- أوافق على أن يتم تخزين الدواء الخاص بطفلي وإعطائه في المدرسة بناءً 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 مريض(ة) المدرسة/المركز الصحي المدرسي (SBHC) الدواء والمعدات، بما في ذلك أجهزة الاستنشاق التي لا تحتوي على البوتيرول (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 طبياً 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، و(9) كيفية تناول الدواء، و(10) أية إرشادات أخرى.
- أقر/ أؤكد بموجبه بأنني تتشاور مع مقدم الرعاية الصحية لطفلي وأنتي أصرح لمكتب الصحة المدرسية (OSH) //المركز الصحي المدرسي (SBHC) بإعطاء الدواء المخزون في حالة عدم توفر دواء الربو لطفلي.
- يجب أن أخبر ممرض(ة) المدرسة/المركز الصحي المدرسي (SBHC) فوراً بأي تغيير في دواء طفلي أو تعليمات الطبيب.
- يعتمد مكتب الصحة المدرسية (OSH) ووكلاءه 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) //المركز الصحي المدرسي (SBHC) على تقديم الخدمات الصحية لطفلي. وأنا أدرك أن هذه الخدمات قد تتضمن تقييماً كلينيكيًا أو فحصاً بندياً من طرف ممارس الرعاية الصحية أو الممرض(ة) بمكتب الصحة المدرسية (OSH) //المركز الصحي المدرسي (SBHC).
- ينتهي طلب إعطاء الدواء في استمارة (MAF) هذه في نهاية العام الدراسي لطفلي، والذي قد يشمل الحصاص الصيفية، أو عندما أعطي تقديم ممرضة المدرسة/المركز الصحي المدرسي (SBHC) استمارة (MAF) جديدة (إيهما أقرب).
- عندما تنتهي صلاحية طلب تقديم العلاج هذا، سأقدم لممرضة طفلي المدرسة/المركز الصحي المدرسي (SBHC) استمارة (MAF) جديدة مكتوبة بواسطة ممارس الرعاية الصحية لطفلي. إذا لم يتم ذلك، فيمكن لممارس الرعاية الصحية التابع لمكتب الصحة المدرسية (OSH) //المركز الصحي المدرسي (SBHC) 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) //المركز الصحي المدرسي (SBHC). يمكن لممارس الرعاية الصحية بمكتب الصحة المدرسية (OSH) //المركز الصحي المدرسي (SBHC) تقييم أعراض الربو لدى طفلي والاستجابة بدواء موصوف للربو. قد يقرر ممارس الرعاية الصحية بمكتب الصحة المدرسية (OSH) //المركز الصحي المدرسي (SBHC) ما إذا كانت طلبات الدواء ستبقى كما هي أم يجب تغييرها. سوف يقوم ممارس الرعاية الصحية التابع لمكتب الصحة المدرسية (OSH) //المركز الصحي المدرسي (SBHC) بتعبئة استمارة (MAF) جديدة لكي يمكن لطفلي أن يستمر في تلقي الخدمات الصحية من خلال مكتب الصحة المدرسية (OSH) //المركز الصحي المدرسي (SBHC). لن يحتاج ممارس الرعاية الصحية التابع لمكتب الصحة المدرسية (OSH) //المركز الصحي المدرسي (SBHC) إلى توقيع لكتابتة استمارات (MAFs) للربو في المستقبل. إذا قام ممارس الرعاية الصحية التابع لمكتب الصحة المدرسية (OSH) //المركز الصحي المدرسي (SBHC) بتعبئة استمارة (MAF) لطفلي، سيقيم ممارس الرعاية الصحية التابع لمكتب الصحة المدرسية (OSH) //المركز الصحي المدرسي (SBHC) بمحاولة اخطاري 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) //المركز الصحي المدرسي (SBHC) لتوفير الخدمات المطلوبة. إذا قرر مكتب الصحة المدرسية (OSH) //المركز الصحي المدرسي (SBHC) تقديم هذه الخدمات، قد يحتاج طفلي أيضاً إلى خطة تسهيلات الفقرة 504. ستقوم المدرسة بوضع هذه الخطة.
- لأغراض تقديم الرعاية الصحية أو العلاج لطفلي، يمكن لمكتب الصحة المدرسية (OSH) //المركز الصحي المدرسي (SBHC) الحصول على أي معلومات أخرى يعتقد أنها ضرورية عن الحالة الطبية لطفلي أو أدويته أو علاجه. قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) //المركز الصحي المدرسي (SBHC) 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 أن يقوم طفلي بحمل وتخزين وتناول الدواء الموصوف على هذه الاستمارة بنفسه 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/المركز الصحي المدرسي (SBHC) قدرة طفلي على حمل الدواء وإعطائه الدواء. كما أوافق على إعطاء دواء "احتياطياً" 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

OSIS Number: \_\_\_\_\_ Received by - Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

504IEP  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