

دے کی دوائی دینے کا فارم

فراہم کنندہ کے لیے ادویات کا آرڈر فارم | اسکول کا دفتر صحت | تعلیمی سال 2023-2024

براہ کرم اسکول نرس / اسکول میں قائم مرکز صحت کو واپس کریں۔ 1 جون کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔

طالب علم کا آخری نام: _____ پہلا نام: _____ درمیانی مختصر نام: _____ تاریخ پیدائش: _____

جنس: لڑکا لڑکی OSIS نمبر: _____ DOE ضلع _____ گریڈ / کلاس: _____

اسکول (شامل ہیں: ATS DBN نام، پتہ، اور برو): _____

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)

- Reliever: _____ Controller: _____ None 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.

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

REV 3/23

T-35514 (Urdu)

والدین کے لیے صفحہ 2 پر دستخط کرنا لازمی ہے

دے کی دوائی دینے کا فارم

فراہم کنندہ کے لیے ادویات کا آرڈر فارم | اسکول کا دفتر صحت | تعلیمی سال 2023-2024

براہ کرم اسکول نرس / اسکول میں قائم مرکز صحت کو واپس کریں۔ 1 جون کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔

والدین / سرپرست مطالعہ کریں، مکمل کریں اور دستخط کریں۔ ذیل میں دستخط کر کے میں اس پر متفق ہوں کہ:

- میں اپنے بچے کی دوا کو اسکول میں محفوظ کیے جانے اور میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات کے مطابق دے جانے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں، میرے بچے کی دوا کے لیے درکار کسی بھی آلات کے اسکول میں محفوظ اور استعمال کیے جانے کی بھی اجازت دیتا ہوں۔
- میں سمجھتا ہوں کہ:
 - مجھے اسکول نرس / اسکول میں قائم مرکز صحت (SBHC) کو اپنے بچے کی دوا اور آلات بشمول نان الٹرنل انہیلرز فراہم کرنا لازمی ہیں۔
 - تمام نسخے والی اور "کاؤنٹرز سے ملنے والی" ادویات جو اسکول کو دونگا، وہ نئی سیل بند، اور اصل بوتل یا ڈبے میں لازمی بند ہوں گی۔ میں اپنے بچے کو اسکول کے دنوں میں استعمال کے لیے جدید، غیر منسوخ شدہ دوائی استعمال کرنے کے لیے فراہم کروں گا۔
 - 0 نسخے والی دوا کے ڈبے یا بوتل پر اصل فارمیسی کا لیبل لگا ہونا لازمی ہے۔ لیبل پر لازماً شامل ہونا چاہئے: (1) میرے بچے کا نام، (2) فارمیسی کا نام اور فون نمبر، (3) میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کا نام، (4) تاریخ، (5) دوبارہ بھرے (refill) کی تعداد، (6) دوا کا نام، (7) خوراک، (8) دوا کی دہائی، (9) دوا کیسے لی جائے اور (10) کوئی دیگر ہدایات۔
 - میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میں نے اپنے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور کے ساتھ بات کی ہے اور یہ کہ میں OSH کو میرے بچے کی دوا کی دستیاب نہ ہونے کی صورت میں میرے بچے کے دوا کے ذخیرے سے دوا دینے کی اجازت دیتا ہوں۔
 - میں اپنے بچے کی دوا یا ڈاکٹر کی ہدایات میں کسی بھی تبدیلی سے اسکول نرس / SBHC کو فوراً آگاہ کروں گا۔
 - میرے بچے کو مذکورہ بالا صحت سے متعلقہ خدمت (خدمات) فراہم کرنے میں شامل OSH اور اسکول کارنیے اس فارم پر دی گئی معلومات کی درستگی پر انحصار کر رہے ہیں۔ ادویات دینے کے اس فارم (MAF) پر دستخط کر کے، میں اسکول کے دفتر صحت (OSH) کو میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ ان خدمات میں لیکن انہی تک محدود نہیں، OSH/SBHC کے طبی نگہداشت پیشہ ور یا نرس کے ذریعے کلینک ٹشخیص یا ایک جسمانی معائنہ شامل ہو سکتی ہیں۔
 - اس MAF میں دوا کا آرڈر میرے بچے کے تعلیمی سال کے آخر میں منسوخ ہونے کا، جس میں گرمیوں کا دورانیہ شامل ہو سکتا ہے، یا جب میں اسکول نرس / SBHC کو ایک نیا MAF فراہم کروں (جو بھی پہلے واقع ہو)۔
 - جب اس دوا کے آرڈر کی میعاد منسوخ ہوجائے، میں اپنے بچے کی اسکول نرس / SBHC کو میرے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور کے ذریعے تحریر کردہ ایک نیا MAF فراہم کروں گا۔ اگر ایسا نہ کیا گیا، ایک OSH/SBHC طبی نگہداشت پیشہ ور میرے بچے کا معائنہ کرسکتا ہے تاوقتیکہ میں اسکول نرس / SBHC کو اس بیان کے ساتھ ایک خط فراہم نہ کر دوں کہ میں OSH/SBHC طبی نگہداشت پیشہ ور کے ذریعے اپنے بچے کا معائنہ نہیں کرانا چاہتا۔ OSH/SBHC طبی نگہداشت پیشہ ور میرے بچے کے دے کی علامات اور نسخے والی دماہ کی دوا سے ردعمل کی تشخیص کرسکتا ہے۔ OSH/SBHC طبی نگہداشت پیشہ ور یہ فیصلہ کرسکتا ہے کہ آیا دوا کا آرڈر وہی رہے گا یا اسے تبدیل کرنے کی ضرورت ہے۔ OSH/SBHC طبی نگہداشت پیشہ ور ایک نیا MAF پُر کر سکتا ہے تاکہ میرا بچہ OSH/SBHC کے ذریعے صحت سے متعلقہ خدمات موصول کرنا جاری رکھا جا سکے۔ میرے صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور یا OSH/SBHC صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کو مستقبل میں دماہ کے MAFs پر میری دستخط کی ضرورت نہیں ہوگی۔ اگر OSH/SBHC طبی نگہداشت پیشہ ور میرے بچے کے لیے ایک نیا MAF مکمل کرتا ہے، OSH/SBHC طبی نگہداشت پیشہ ور مجھے اور میرے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور کو مطلع کرنے کی کوشش کرے گا۔
 - اس فارم میں وضاحت کردہ دماہ کی خدمات کے لیے یہ فارم میری اجازت اور درخواست کی نمائندگی کرتا ہے۔ یہ OSH/SBHC کی جانب سے درخواست کردہ خدمات فراہم کیے جانے کا معاہدہ نہیں ہے۔ اگر OSH/SBHC یہ خدمات فراہم کرنے کا فیصلہ کرتا ہے، میرے بچے کو ایک طالب علم سہولت منصوبے کی بھی ضرورت ہو سکتی ہے۔ اس منصوبے کو اسکول مکمل کرے گا۔
 - OSH/SBHC میرے بچے کو درکار نگہداشت یا علاج کی فراہمی کے لیے، کوئی بھی دیگر معلومات حاصل کرسکتا ہے جو ایک خیال میں میرے بچے کی طبی صورت حال، دوائی دینے یا علاج کے لیے ضروری ہے۔ OSH/SBHC یہ معلومات کسی بھی ایسے طبی نگہداشت کے پیشہ ور، نرس، یا دوا فروش سے حاصل کرسکتا ہے جنہوں نے میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کی ہیں۔

خود ادویات لینا (صرف برائے خود مختار طلبا):

- میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میرا بچہ مکمل تربیت یافتہ ہے اور وہ خود دوا لے سکتا ہے۔ میں اپنے بچے کو اس فارم میں تجویز کردہ ادویات کو اسکول میں اپنے ساتھ رکھنے، محفوظ رکھنے اور لینے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں مذکورہ بالا کے مطابق اپنے بچے کو یہ دوا بوتلوں یا ڈبوں میں دینے کا ذمہ دار ہوں۔ میں اپنے بچے کی دوا استعمال کرنے کی جانچ کرتے، اور اسکول میں میرے بچے کے اس دوا کے استعمال کے تمام نتائج کا بھی ذمہ دار ہوں۔ اسکول نرس / SBHC میرے بچے کی دوا اپنے ساتھ رکھنے اور خود سے لینے کی اہلیت کی تصدیق کرے گا / گی۔ میں اس پر بھی آمادہ ہوں کہ اسکول کو دوا ایک واضح لیبل لگے ہوئے ڈبے یا بوتل میں "محفوظ ذخیرہ" (بیک اپ) کے لیے دوں گا۔
- توجہ: اگر آپ ذخیرہ میں سے ادویات استعمال کرنا چاہتے ہیں، آپکو دماہ انہیلر ایپنیفرین، اور دیگر منظور شدہ خود دینے والی دوائیاں اپنے بچے کے ساتھ اسکول تفریحی دورے کے دن اور / یا اسکول بعد پروگرام کے لیے اسکول بھیجنا لازمی ہے تاکہ وہ اسے دستیاب کریں۔ ذخیرہ کردہ ادویات صرف OSH عملے کے ذریعے صرف اسکول میں استعمال کے لیے ہیں۔

Student Last Name: _____ First Name: _____ MI: _____ Date of birth: _____
 School (ATS DBN/Name): _____ Borough: _____ District: _____
 Parent/Guardian Name (Print): _____ Parent/Guardian's Email: _____
 Parent/Guardian Signature: _____ Date Signed: _____
 Parent/Guardian Address: _____
 Parent/Guardian Cell Phone: _____ Other Phone: _____
 Other Emergency Contact Name/Relationship: _____
 Other Emergency Contact Phone: _____

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

Confidential information should not be sent by email

FOR PRINT USE ONLY