

# SCHOOL ASTHMA PLAN AND MEDICATION ORDERS

Place student picture here

|   |                |                                       |                                      |                                       |
|---|----------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Student:</b>   |                | <b>Birthdate:</b>                     |                                      |                                       |
| <b>Grade:</b>   | <b>School:</b> | <input type="checkbox"/> <b>Bus #</b> | <input type="checkbox"/> <b>Walk</b> | <input type="checkbox"/> <b>Drive</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>History of anaphylaxis</b>  |                | <b>PE/Sports:</b> Day/Time/Periods    |                                      |                                       |
| <b>Last Asthma related hospitalization.</b>   |                |                                       |                                      |                                       |
| Inhaler(s) location: <input type="checkbox"/> OFFICE <input type="checkbox"/> BACKPACK <input type="checkbox"/> ON PERSON <input type="checkbox"/> OTHER: _____               |                |                                       |                                      |                                       |
| EpiPen® auto-injector(s) location: <input type="checkbox"/> OFFICE <input type="checkbox"/> BACKPACK <input type="checkbox"/> ON PERSON <input type="checkbox"/> OTHER: _____ |                |                                       |                                      |                                       |
| <b>All SECTIONS ON THIS PAGE TO BE COMPLETED BY STUDENT'S LICENSED HEALTHCARE PROVIDER (LHP)</b>  |                |                                       |                                      |                                       |

**ASTHMA TREATMENT INSTRUCTIONS:** (check all that apply)

**Asthma Triggers:**  None Known  Animals  Cold Air  Exercise  Pollens  Exercise  
 Smoke, chemicals, strong odors  Other \_\_\_\_\_ (i.e., foods, emotions, insects, etc.)

**USUAL ASTHMA SYMPTOMS:** (check all that apply)

Cough  Wheeze  Shortness of breath  Chest tightness  Asking to use inhaler  Other \_\_\_\_\_

**GO ZONE (GREEN)                      INFREQUENT/MINIMAL SYMPTOMS**

- Symptoms and/or use of quick relief medication < 2 times per week. (Does not include exercise pre-treatment usage.)  
 Infrequent and minimal symptoms like cough, wheeze, and short of breath
- Full participation in physical education and sports

**CAUTION ZONE (YELLOW)                      SIGNIFICANT SYMPTOMS                      DO NOT LEAVE STUDENT UNATTENDED**

- If Student is using the quick relief inhaler > 2 times per week or requires frequent observation by school staff → **Notify parents and nurse**
- If Student is coughing, wheezing, and having difficulty breathing:
  - Give 2 puffs of quick relief inhaler. May repeat in 10 minutes. → **Notify parents and nurse if repeated**
  - Other: \_\_\_\_\_
- Until symptoms are in the GO ZONE (green), restrict strenuous physical activity.
- **If no improvement after repeated dose Call 911—See below**

**STOP ZONE (RED)                                      CALL 911                                      DO NOT LEAVE STUDENT UNATTENDED**

If Student is very short of breath, can see ribs during breathing, difficulty walking or talking, blue appearance to lips or nails, quick relief medication not working.

➤ **CALL 911**

- Give 4 puffs quick relief inhaler (or nebulizer treatment) and notify parents and school nurse.
- This student needs EpiPen® auto-injector for severe asthma attacks and  can carry and self-administer EpiPen® auto-injector.
- needs help giving the EpiPen® auto-injector.  Other: \_\_\_\_\_

**EXERCISE PRE-TREATMENT:** (check all that apply)  N/A

- Give 2 puffs of quick relief inhaler 15- 30 minutes prior to  PE  As needed with no less than 2 hours between doses unless student complains of symptoms.
- May repeat 2 puffs of quick relief inhaler if symptoms occur. → **Notify parents and nurse if occurs.**

**Quick relief medication orders:** (check the appropriate quick relief med(s))  Uses inhaler with spacer

Albuterol 2 puffs (Pro-air®, Ventolin HFA®, Proventil®) as needed every 4 hours for cough/wheeze

Levalbuterol 2 puffs (Xopenex®) as needed every 4 hours for cough/wheeze

Other \_\_\_\_\_ EpiPen® auto-injector  0.3 mg  Jr. 0.15 mg

**Daily Controller meds:** \_\_\_\_\_ dose \_\_\_\_\_ time \_\_\_\_\_

Takes daily controller medications at home  Takes daily controller medications at school

**SIDE EFFECTS of medication(s):** increased heart rate, shakiness.

**This student demonstrated correct use of the inhaler in the LHP's office as required.**

**This student's asthma is life-threatening**  Yes  No

**This student is able to carry and use inhalers**  Yes  No

|                |              |                 |   |  |
|----------------|--------------|-----------------|---|--|
| LHP Signature: |              | LHP Print Name: |   |  |
| Start date     |              | End date        | <input type="checkbox"/> Last day of school <input type="checkbox"/> Other: _____ |  |
| Date:          | Telephone #: | Fax #:          |   |  |

**Estudiante:**

**PARA SER COMPLETADO POR PADRE O TUTOR**

**CONTACTOS DE EMERGENCIA**

| Mother/<br>Guardian | Nombre      |  | Father/<br>Guardian | Nombre      |  |
|---------------------|-------------|--|---------------------|-------------|--|
|                     | Nº Teléfono |  |                     | Tel Casa    |  |
|                     | Tel Trabajo |  |                     | Tel Trabajo |  |
|                     | Otro        |  |                     | Otro        |  |

**CONTACTOS ADICIONALES DE EMERGENCIA**

|    |  |           |  |      |  |
|----|--|-----------|--|------|--|
| 1. |  | Relación: |  | Tel: |  |
| 2. |  | Relación: |  | Tel: |  |

- ¿Peligra la vida de mi estudiante debido al asma?  Sí  No
- ¿Puede mi estudiante tener consigo su inhalador de asma y usarlo?  Sí  No ¿Proveer extra para oficina?  Sí  No
- ¿Puede mi estudiante llevar y es entrenado para ponerse su EpiPen® auto-inyector?  Sí  No ¿Proveer extra para oficina?  Sí  No

- Padre:**
- Entiendo que el consejo escolar o los empleados del distrito de la escuela no pueden hacerse responsables de resultados negativos que provengan de auto administración de la medicina inhalada de asma.
  - Este permiso para poseer y administrarse la medicación de asma puede ser revocado por el director/enfermera de la escuela si es determinado que el estudiante no está auto administrándose segura y eficazmente la medicación.
  - Una nueva orden LHP de asma de la escuela y Acuerdo del Padre/Estudiante para un Inhalador/EpiPen® debe ser entrado cada año.
  - Yo entiendo que si se necesitan cambios en el plan de asma, es responsabilidad del padre contactar a la enfermera de la escuela.

**He revisado la información en esta Orden del Pan de la Escuela sobre Asma y Medicaciones y pedido/autorización de los empleados de la escuela entrenados para proveer cuidado y administrar los medicamentos de acuerdo con las Instrucciones del Proveedor Licenciado de Salud (LHP's) .**

**Yo autorizo el intercambio de información médica acerca del asma de mi niño/a entre la oficina LHP y la enfermera de la escuela.**

**Firma del Padre/Tutor**

**Fecha**

**Estudiante:**

- He demostrado el uso correcto del inhalador l proveedor médico y/o la enfermera de la escuela.
- Estoy de acuerdo en nunca compartir mi inhalador con otra persona o usarlo de manera insegura.
- Estoy de acuerdo que si no hay mejora después de administrarse a sí mismo, reportaré a un adulto en la escuela si la enfermera no está presente.

**Firma del Estudiante**

**Fecha**

**Todos los estudiantes en edad escolar que usan medicamento(s) de asma en la escuela deben tener un Plan de Asma en la Escuela completo y firmado por su LHP y puesto en el archivo en la oficina de la Escuela (RCW 28A.210.320 370).El formulario también debe ser firmado por un padre/tutor. El plan debe ser actualizado cada año y cuando hay cambios importantes al plan (tal como en tipo o dosis de la medicina).**

**El plan de la escuela está destinado a fortalecer los lazos con las familias, los proveedores de salud y la escuela.**

**Está basado en las Guías NHLBI para Manejo del Asma.**

**PORTANDO Y ADMINISTRANDO E INHALADORES DE RAPIDO ALIVIO:**

La mayoría de estudiantes son capaces de portar y usar sus inhaladores de rápido alivio ellos solos. El estudiante, sus padres, la enfermera de la escuela y el proveedor del cuidado de la salud toman esta decisión. La enfermera de la escuela debe también evaluar la técnica para un uso efectivo

**Para uso del Distrito Solamente**

**Student has demonstrated to the nurse the skill necessary to use the medication and any device necessary to self-administer the medication**

Device(s), if any, used:

Expiration date(s):

**School Nurse Signature**

**Date**