

ASTHMA CARE PLAN AND MEDICATION ORDERS

Plan ____ of ____

Place student picture here

STUDENT NAME				Birthdate	
Grade	School	<input type="checkbox"/> Bus #	<input type="checkbox"/> Walk <input type="checkbox"/> Drive	Weight:	Height:
<input type="checkbox"/> History of anaphylaxis		Brief medical history:			

Asthma Triggers (check all that apply) None Known Animals Cold Air Exercise Pollens
 Respiratory illness/virus 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 _____

Inhaler(s) location: Office Backpack On person Other _____

Epinephrine auto-injector(s) (EAI) location Office Backpack On person Other _____

This Section to be Completed by a Licensed Healthcare Provider (LHP)

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 shortness of breath. Full participation in physical education and sports is allowed.

If student is using the quick relief inhaler > 2 times per week or requires frequent observation by school staff
 → **Notify school nurse-phone # _____ and parent/guardian.**

	GREEN ZONE Peak Flow Range _____ to _____ <input type="checkbox"/> N/A Peak Flow
--	---

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

SYMPTOMS INCREASE: Cough, wheeze, chest tightness, or shortness of breath, can do some, but not all, usual activities

ADMINISTER **Quick-relief Medication:** _____ **Number of puffs:** _____
 Use spacer/chamber with inhaler
OR **Quick-relief Medication via Nebulizer:** _____ **Dosage:** _____

Can repeat every _____ minutes up to maximum of _____ doses

- If symptoms (and peak flow, if used) resolve student returns to GREEN ZONE guidance
- If symptoms (and peak flow, if used) do not return to GREEN ZONE after 1 hour of above treatment:
Administer **Quick-relief Medication:** _____ **Number of puffs:** _____
OR **Nebulizer (2nd dose)**

Contact school nurse (if available) and parent/guardian. Student should not remain at school at this point.
 Continue to stay with and monitor the student until parent/guardian arrives.

	YELLOW ZONE Peak Flow Range _____ to _____
--	--

EMERGENCY ZONE (RED) EXTREME SYMPTOMS 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)
 Administer epinephrine auto-injector (EAI) 0.3 mg 0.15 mg (Jr)
 Other _____

Contact school nurse (if available) and parent/guardian. Adult stays with student

	RED ZONE Peak Flow Range Below: _____
--	---

EXERCISE PRE-TREATMENT: N/A PE/Sports: Day/Time/Periods _____

Give 2 puffs of quick relief inhaler 15- 30 minutes prior to PE or other strenuous exercise

If asthma symptoms occur during exercise, follow CAUTION ZONE (YELLOW) instructions. Notify nurse and parent/guardian if occurs.

Daily Controller Medication _____ Dose _____ Time _____

Takes daily controller medication at home Administer daily controller medication at school

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

This student demonstrated correct use of the rescue inhaler and EAI in the LHP's office as required Yes No

Student can carry and self-administer rescue inhaler and EAI Needs help administering rescue inhaler and EAI

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

Madre/Tutor	Nombre		Padre/Tutor	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