



Steger School District 194

Administration Center • 3753 Park Avenue • Steger, Illinois 60475
(708) 755-0022 Phone • (708) 755-9512 Fax • www.sd194.org

Asthma

Action Plan

Asthma Action Plan

Child's Name: _____ Birthdate: _____ Grade: _____ School: _____

The following is to be completed by the PHYSICIAN:

1. Asthma severity (circle one): mild intermediate _mild persistent _moderate persistent severe persistent

2. Medications (at school AND home):

A. QUICK-RELIEF Medication Name 1. _____ 2. _____	MDI, oral, neb?	Dosage or No. of Puffs
B. ROUTINE Med Name (eg, anti-inflammatory) 1. _____ 2. _____	MDI, oral, neb?	Dosage or No. of Puffs Time of day
C. BEFORE PE, EXERTION Medication Name 1. _____ 2. _____	MDI, oral, neb?	Dosage or No. of Puffs

3. For student on inhaled medication (all students must go to health office for oral medications):

☐ Assist student with medication in office ☐ Remind student to take medication ☐ May carry own medication, if responsible

4. Circle Known Triggers: tobacco pesticide animals birds dust cleansers car exhaust perfume mold cockroach cold air
cleansers exercise Other: _____

5. Peak Flow: Write patient's personal best peak flow reading under the 100% box (below); multiply by .8 and .5, respectively

100%	Green Zone	80%	Yellow Zone	50%	Red Zone
Peak flow = _____	No Symptoms	Peak flow = _____	Starting to cough, wheeze or feel short of breath. Action for home or school: Give quick-relief med; notify parent. Action for Parent/MD: Increase controller dose	Peak flow = _____	Cough, short of breath, trouble walking or talking Action for home or school: Take quick-relief meds; -If student improves to yellow zone, send student to doctor or contact doctor. -If student stays in red zone, begin Emergency Plan.

School Emergency Plan: If student has: a) no improvement 15-20 minutes **AFTER** initial treatment with quick-relief medication, b) Peak flow of < 50% of usual best, c) trouble walking, or talking, or d) chest/neck muscle retractions with breaths, hunched, or blue color, then: 1) Give quick-relief meds; repeat in 20 minutes, if help has not arrived; 2) Seek emergency care (911); 3) Contact parent.

In yellow or red zone? Students with symptoms who need to use quick-relief meds frequently may need change in routine controller medication. Schools must be sure parent is aware of each occasion when student had symptoms and requires medication.

Physician's[†] Name (print): _____ Signature: _____ Date: _____

Office Address: _____ Office Telephone: _____

[†]Includes nurse practitioner or other health care provider as long as there is authority to prescribe.

A form that permits school and health care provider to exchange information must accompany this form.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____ Home Telephone: _____

Emergency Telephone Number(s) / Names of Contact: _____



Steger School District 194

Administration Center • 3753 Park Avenue • Steger, Illinois 60475
(708) 753-4300 Phone • (708) 755-9512 Fax • www.sd194.org

MEDICATION AUTHORIZATION FORM

STUDENT NAME _____ BIRTHDATE _____
ADDRESS _____ PHONE NUMBER _____
SCHOOL _____ GRADE _____
EMERGENCY CONTACT NAME AND PHONE NUMBER _____

I. TO BE COMPLETED BY THE STUDENT'S PARENT/GUARDIAN

I, _____, parent or guardian of _____
am primarily responsible for administering medication to my child. However, in a medical emergency or if necessary for the critical health and well-being of my child, I hereby authorize Steger School District 194, and its employees and agents, on my behalf and in my stead, to administer to my child or to allow my child to self-administer while under the supervision of the employees and agents of District 194, lawfully prescribed medication in the manner described below. I acknowledge that it may be necessary for the administration of medication to my child and treatment of my child's condition to be performed by an individual other than the school nurse and specifically consent to such practices. I will notify the school in writing if the medication is discontinued and will obtain a written order from the physician if the medication dosage or treatment is changed. I understand that this medication authorization is only effective for the _____ school year and will need to be renewed each subsequent school year.

I further acknowledge and agree that, when the lawfully prescribed medication is so administered, I waive any claims I might have against Steger School District 194, its employees and agents, arising out of the administration or self-administration of said medication, regardless of whether the authorization for self-administration of medication was given by me, as the child's parent/guardian, or by my child's physician, physician's assistant, or advanced practice nurse. In addition, I agree to indemnify and hold harmless Steger School District 194, its employees and agents, either jointly or severally, from and against any and all claims, damages, causes of action or injuries, including reasonable attorney's fees and costs expended in defense thereof, incurred or resulting from the administration or self-administration of said medication, except a claim based on willful or wanton conduct, regardless of whether the authorization or self-administration of medication was given by me, as the child's parent/guardian, or by my child's physician, physician's assistant, or advanced practice registered nurse.

Parent/Guardian Print Name _____ Date _____

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

II. TO BE COMPLETED BY THE STUDENT'S LISCENSED PRESCRIBER **(Except for a Student Self-Administering Asthma Medication, see Section III Below)**

Diagnosis: _____ Name of Medication: _____
Dosage: _____ Route of Administration: _____
Time/Circumstances when Medication Should be Administered: _____
Side Effects: _____
Date of Prescription: _____ Discontinuation Date: _____

TURN PAGE OVER & COMPLETE 2ND PAGE



Steger School District 194

Administration Center • 3753 Park Avenue • Steger, Illinois 60475
(708) 753-4300 Phone • (708) 755-9512 Fax • www.sd194.org

Self-Administration of Epinephrine: ____ Yes ____ No. The student listed above has a life threatening allergy that medically necessitates the immediate administration of epinephrine followed by emergency medical attention. I have determined that it is medically necessary for this child to carry an epinephrine auto-injector. The student has been instructed in the self-administration of the medication listed above and is capable of administering the medication independently. The student understands the need for the medication and the necessity to notify a staff member and the health office immediately following the self-administration of the epinephrine auto-injector.

Self-Administration of Diabetes Medication: ____ Yes ____ No. The student listed above has been diagnosed with diabetes. I have determined that it is medically necessary for this child to possess his/her diabetes medication and the equipment and supplies necessary to monitor and treat his/her diabetic condition pursuant to his/her Diabetes Care Plan. The student has been instructed in the self-administration of the medication listed above and use of his/her diabetes supplies and equipment and is capable of doing this independently. The student understands the need for the medication and the necessity of reporting to school personnel any unusual side effects.

I may be reached at the following phone number in the event of a reaction to the medication or an emergency:

_____ Phone Number of Physician	_____ Signature of Physician	_____ Date
_____ Address of Physician	_____ Print Name of Physician	_____ Date

III. FOR STUDENT SELF-ADMINISTERING ASTHMA MEDICATION ONLY

TO BE COMPLETED BY THE STUDENT'S PARENT/GUARDIAN

Diagnosis: _____ Name of Medication: _____

Dosage: _____ Route of Administration: _____

Time/Circumstances when Medication Should be Administered: _____

Side Effects: _____

Date of Prescription: _____ Discontinuation Date: _____

Self-Administration of Asthma Medication: ____ Yes ____ No. My child has been diagnosed with asthma and has been prescribed asthma medication by a qualified health care professional. I hereby authorize my child to carry his/her asthma medication and to self-administer his/her medication as prescribed by his/her physician. My child's physician has instructed my child in the self-administration of his/her medication and has indicated that my child is capable of doing this independently. My child understands the need for the medication and the necessity of reporting to school personnel any unusual side effects. I have provided the school an extra supply of his/her medication with a prescription label for use in the event that he/she forgets to bring his/her asthma medication to school on a particular day.

Parent/Guardian Print Name _____ Date _____

Parent/Guardian Signature _____ Date _____



Steger School District 194

Administration Center • 3753 Park Avenue • Steger, Illinois 60475
(708) 753-4300 Phone • (708) 755-9512 Fax • www.sd194.org

FORMA DE AUTORIZACIÓN PARA MEDICAMENTOS

NOMBRE DE ESTUDIANTE _____ FECHA DNACIMIENTO _____

DIRECCION _____ NUMERO DE TELEFON _____

ESCUELA _____ GRAD _____

NOMBRE Y NUMERO DE TELÉFONO DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA: _____

I. DEBE SER COMPLETADO POR EL PADRE/GUARDIÁN DEL ESTUDIANTE

Yo, _____, Padre/Guardián de _____ soy responsable de administrar medicamentos a mi hijo. Sin embargo, en una emergencia médica o si es necesario para la críticas de salud y el bienestar de mi hijo, por la presente autorizo El Distrito Escolar de Steger 194, y sus empleados y agentes, en mi nombre y en mi lugar, para administrar a mi hijo o permitir que mi hijo a administrarse bajo la supervisión de los empleados y agentes de Distrito de 194, legalmente le recetó medicamento de la manera referida en esta forma. Reconozco que puede ser necesario para la administración de la medicación de mi hijo y el tratamiento de la condición de mi hijo a realizar por una persona que no sea la enfermera de la escuela y específicamente el consentimiento de estas prácticas. Notificaré a la escuela por escrito si la medicación si se impide y obtendrá una orden escrita del médico si se cambia la dosis de medicación o tratamiento. Entiendo que esta autorización de medicación sólo es efectiva para el año escolar de _____ y tendrá que ser renovado cada año escolar posterior.

Reconozco y acepto que, cuando así se administra la medicación prescrita legalmente, renuncio a cualquier reclamación que pudiera tener en contra de Distrito Escolar de Steger 194, sus empleados y agentes, provenientes de la administración o auto administración de dicho medicamento, independientemente de si la autorización para la autoadministración de la medicación fue dado por mí, como padres del niño, o por el médico de mi hijo, asistente médico, o enfermera de práctica avanzada. Además, estoy de acuerdo en indemnizar y mantener inofensivo Distrito Escolar de Steger 194, sus empleados y agentes, ya sea conjuntamente o separadamente, de y contra cualquier y todo reclamo, daños, causas de acción o de lastimes, incluyendo honorarios de abogados razonables y costos en defensa, incurridos o resultantes de la administración o auto administración de dicho medicamento, excepto una reclamación basan en una conducta intencional o cierto, independientemente de si la autorización o la autoadministración de la medicación fue dado por mí, como padres del niño, o por el medico de mi hijo, asistente médico o enfermera de práctica avanzada.

Imprime Nombre de Padre/Guardián _____ Fecha _____

Firma de Padre/Guardián _____ Fecha _____

II. DEBE SER COMPLETO POR EL PRESCRIBIDOR/MEDICO CON LICENCIA

(Menos un estudiante que se trata Auto - Administración medicamentos para el asma, Consulte la Sección III)

Diagnóstico: _____ Nombre del Medicamento: _____

Dosificación: _____ Acceso de Administración: _____

Hora/Circunstancias cuando se Debe Administrar Medicación: _____

Efectos Secundarios: _____ Fecha _____

de la Prescripción: _____ Fecha de la Discontinuación: _____

Voltee a la Página y Completa Página 2



Steger School District 194

Administration Center • 3753 Park Avenue • Steger, Illinois 60475
(708) 753-4300 Phone • (708) 755-9512 Fax • www.sd194.org

Auto-Administración de Epinefrina: ____ Si ____ No. Los estudiantes mencionados tienen una alergia vida mortal que médicamente requiere la administración inmediata de epinefrina seguida por atención médica de emergencia. He determinado que es médicamente necesario para este niño llevar un auto inyector de epinefrina. El estudiante ha sido instruido en la autoadministración de los medicamentos mencionados y es capaz de administrar la medicación independientemente. El estudiante entiende la necesidad de la medicación y la necesidad de notificar a un miembro del personal y la oficina de salud inmediatamente después de la autoadministración del auto inyector de epinefrina.

Auto-Administración de Medicación para la Diabetes: ____ Sí ____ No. Los estudiantes mencionados han sido diagnosticados con diabetes. He determinado que es médicamente necesario para que este niño tenga su medicación para la diabetes y el equipo y suministros necesario para monitorear y tratar su condición diabética en virtud de su Plan de Cuidado de Diabetes. El estudiante ha sido instruido en la autoadministración de los medicamentos mencionados y el uso de sus equipos y suministros de diabetes y es capaz de hacerlo independientemente. El estudiante entiende la necesidad de la medicación y la necesidad de informar al personal de la escuela cualquier efecto secundario anormal.

Puedo ser contacto en el siguiente número de teléfono en caso de una reacción a la medicación o una emergencia.

Número de Teléfono del Médico

Firma del Médico

Fecha

Dirección del Médico

Imprimir Nombre del Médico

Fecha

III. PARA ESTUDIANTES CON AUTO-ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS DE ASMA SOLAMENTE DEBE SER COMPLETADO POR EL PADRE/GUARDIAN DEL ESTUDIANTE

Diagnóstico: _____ Nombre del Medicamento: _____

Dosificación: _____ Acceso de Administración: _____

Hora/Circunstancia cuando se Debe Administrar Medicación: _____

Efectos Secundarios: _____

Fecha de la Prescripción: _____ Fecha de la Discontinuación: _____

Auto-Administración de Medicamentos para el Asma: ____ Si ____ No. Mi hijo ha sido diagnosticado con asma y se le ha recetado medicamentos para el asma por un Calificado Profesional de Salud. Autorizo que mi hijo lleva sus medicamentos para el asma y a administrarse su medicación como lo prescrito por su médico. Nuestro Médico de mi hijo ha dado instrucciones a mi hijo en el auto-administración de su medicación y ha indicado que mi hijo es capaz de hacerlo independientemente. Mi hijo entiende la necesidad de la medicación y la necesidad de informar al personal de la escuela cualquier efecto secundario anormal. He proporcionado la escuela un suministro adicional de su medicamento con una pompa de la prescripción para su uso en caso de que él o ella se olvidan de traer sus medicamentos para el asma a la escuela en un día en particular.

Imprima Nombre de Padre/Guardián _____ Fecha _____

Firma de Padre/Guardián _____ Fecha _____