

Saugus Union School District Asthma Emergency Action Plan

Student's Name: _____ Date of Birth: _____ School: _____
 Grade/Teacher/Rm: _____
 Triggers: ___ Exercise ___ Pollen/Winds ___ Animals ___ Smoke ___ Cold Air ___ Illness ___ Other _____

PHYSICIAN'S ORDERS AND ASTHMA ACTION PLAN

___ Mild Intermittent ___ Mild Persistent ___ Moderate Persistent ___ Severe Persistent
 Medication taken at home _____

SIGNS/ SYMPTOMS OF AN ASTHMA EPISODE MAY INCLUDE ANY/ALL OF THESE:

CHANGES IN BREATHING: coughing, wheezing, breathing through mouth, shortness of breath
VERBAL REPORTS: chest tightness, chest pain, cannot catch breath, dry mouth, "neck feels funny", not feeling well, speaking quietly.
APPEARS: anxious, sweating, nauseous, fatigued, stands with shoulders hunched over and cannot straighten up easily.



Treatment:

- Stop activity immediately
- Sit student upright; do not let child lie down.
- Stay calm, speak reassuringly, do not leave student alone.
- Use quick relief medication as indicated below.
- If inhaler used and no improvement after 5-10 minutes, call 911.
- Give water- not cold
- Notify parent and district nurse

SIGNS OF AN ASTHMA EMERGENCY:

- Failure of medication, via nebulizer, to reduce worsening symptoms, within 15-20 minutes after starting treatment.
- Breathing with chest and/or neck pulled in, sits hunched over, nose opens wide when inhaling.
- Difficulty walking and talking.
- Blue-gray discoloration of lips and/or fingernails.
- Respirations greater than 30/minute.
- Pulse greater than 120/minute.

CALL 911!

Medication Orders:

- If experiencing Signs/Symptoms of Asthma, take Albuterol or _____ inhaler ___ puffs OR _____ solution _____ ml by nebulizer. Repeat every ___ hours as needed. Side Effects: _____
- If asthma is triggered by exercise, take Albuterol or _____ inhaler ___ puffs at least _____ minutes before physical education (PE). ___ Routinely ___ As needed Side Effects: _____

***If both inhaler and nebulizer are ordered, indicate when inhaler vs. nebulizer should be used. Please be specific i.e. nebulizer at school, inhaler on fieldtrip or nebulizer for use when specific symptoms exhibited** _____

Physician Printed Name: _____
 Physicians' Signature: _____
 Physician Phone: _____
 Date: _____
 NPI# _____

↑Physician's office stamp↑

PARENTAL CONSENT

___ Call Parent/Guardian when medication is given.

Medication(s) prescribed is/are for current school year only.

I (parent) authorize personnel of the Saugus Union School District to assist my child with physician-prescribed medications to conform to California Ed. Code Section 49423. I authorize school staff to contact student's physician for clarification of orders. I authorize SUSD to share this asthma information with staff who have immediate care of my child.

Parent Printed Name: _____ Parent Signature: _____
 Parent Phone: _____ Date: _____

Distrito Escolar de Saugus Union Plan de Acción para Emergencias de Asma

Nombre de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Escuela: _____
 Grado/Maestra/Salón: _____
 Causantes: Ejercicio Polen/Vientos Animales Humo Aire Frío Enfermedad Otro _____

ORDENES DEL MÉDICO Y PLAN DE ACCIÓN PARA ASMA

Leve Intermitente Leve Persistente Moderado Persistente Grave Persistente
 Medicamento tomado en hogar _____

<p>SEÑALES /SÍNTOMAS DEL EPISODIO DE ASMA PUEDE INCLUIR CUALQUIER/TODOS: CAMBIOS EN RESPIRACIÓN: toz, respiración jadeante, respiración por la boca, falta de aliento VERBALES: presión de pecho, dolor de pecho, dificultad de aliento, boca seca, "el cuello se siente raro", mal estar, hablado en voz baja. APARIENCIA: ansiedad, sudoroso, con nauseas, fatigante, parado con hombros jorobados y sin poder pararse recto fácilmente.</p>		<p>Tratamiento: Enfrenar la actividad inmediatamente</p> <ul style="list-style-type: none"> Sentar el estudiante recto; no permiten que se acueste el niño. Permanezcan tranquilos, hablen de modo tranquilizador; no dejen el estudiante solo. Utilicen medicamento de rápido alivio como indicado al fondo. Si el inhalador aplicado no da mejoría después de 5-10 minutos, llamar a 911 Dar agua- no fría Notificar los padres y enfermera del distrito
---	--	--

SEÑALES DE UNA EMERGENCIA DE ASMA:

- Fallo del medicamento vía nebulizador para reducir síntomas que han empeorado dentro de 15 –20 minutos después del tratamiento inicial.
- Respiración por el pecho y/o el cuello doblado, sentado encorvado, ventanas de nariz estiradas al inhalar.
- Dificultad en caminar y hablar.
- Descoloración de labios azules-grises y/o uñas de las manos.
- Respiraciones mayores de 30/minutos.
- Pulso más de 120/minuto.

LLAMA 911!

Ordenes de Medicamento:

- Si hay síntomas de Asma, toma Albuterol o _____ inhalador _____ inhalaciones **O** _____ líquido _____ ml por nebulizador. Repita cada _____ horas conforme se necesite. Efectos Secundarios: _____
- Si el causante del asma es por ejercicio, toma Albuterol o _____ inhalador _____ inhalaciones por lo menos _____ minutos antes de educación física (PE). Rutinariamente Conforme se necesite Efectos Secundarios: _____

***Si el inhalador y nebulizador se piden, indique cuándo se debe aplicar el inhalador vs. nebulizador. Por favor de indicar específicamente, (es decir) nebulizador en la escuela, inhalador en paseos o usar el nebulizador cuándo específicas síntomas se exhiban.** _____

Nombre del Médico: _____
 Firma del Médico: _____
 Número Telefónico del Médico: _____
 Fecha: _____
 NPI# _____

↑Sello del Consultorio Médico↑

CONSENTIMIENTO DE PADRES

Notificar a los Padres/Tutores cuando el medicamento se administre.

Medicamento(s) recetado es para el año escolar en curso solamente.
 Yo (padre) autorizo que el personal de Saugus Union School District ayude a mi niño con los medicamentos recetados del doctor en conformidad al Código de Educación Artículo 49423. Autorizo el personal escolar que se comunique con el médico de mi estudiante para aclarar la administración del medicamento. Autorizo SUSD que comparta esta información del asma con miembros del personal quien tenga el inmediato cuidado de mi niño.

Nombre de Padre: _____ Firma de Padre: _____

Número de Padre: _____ Fecha: _____