

SCHOOL DISTRICT OF NEW LONDON - HEALTH SERVICES

ASTHMA - Action Plan - CONFIDENTIAL

(Please complete both sides of form)

Student Name _____ Grade _____ Age _____ Date of Birth _____

Parent/Guardian _____ Work# _____ Cell# _____

Daily Asthma Management Plan

Identify triggers which start an asthma episode (check each that applies to the student).

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| ☐ Exercise | ☐ Strong odors or fumes | ☐ Other _____ |
| ☐ Respiratory infections | ☐ Chalk dust | ☐ Other _____ |
| ☐ Change in temperature | ☐ Carpets in the room | ☐ Other _____ |
| ☐ Animals | ☐ Pollens/molds | ☐ Food _____ |

Comments _____

Emergency Plan: Emergency action is necessary when the student has symptoms such as _____,
_____, _____, _____.

Control of School Environment

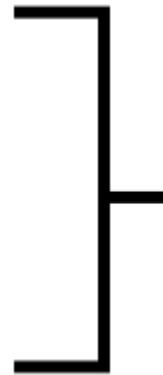
(List any environmental control measures, pre-medications, and/or dietary restrictions that the student needs to prevent asthma episode.)

Steps to take during an asthma episode:

- 1) Give medication as listed below.
- 2) Have student return to classroom when _____
- 3) Contact parent if _____

Seek emergency medical care if the student has any of the following:

- ☐ No improvement 15-20 minutes after initial treatment with medication and a relative cannot be reached.
- ☐ Hard time breathing with
 - Chest and neck pulled in with breathing
 - Child is hunched over
 - Child is struggling to breathe
- ☐ Trouble walking or talking
- ☐ Stops playing and can't start activity again
- ☐ Lips or fingernails are gray or blue
- ☐ Other _____



**If this happens, get
Emergency help Now!**

TURN OVER FOR pg. 2

If medication is needed at school, prescription medication must come with the correct prescription label on the bottle or box, over the counter medication must be a new un-opened package and must be kept at school for your child to participate in field trips/extracurricular activities.

Medication Name(s): _____ ☐ Prescription ☐ Non-Prescription

Dosage(s): _____ Route(s): _____

Time(s): _____

Starting Date: _____

Termination Date: **August 30, 2026**

Precautions, possible *unfavorable* reactions, and/or interventions: _____

Health Care Provider Name (please print): _____

Provider's Phone: _____ Provider's Fax # (required): _____

Health Care Provider Signature: _____

(Health Care Provider signature is required annually for all prescription medications)

Comment/Special Instructions:

For Inhaled Medications

☐ I have instructed _____ **how to properly use** his/her inhaled medications. It is my professional opinion that this student **should be allowed to carry** and use that medication by him/herself.

☐ It is my professional opinion that _____ **should not carry** his/her inhaled medication by him/herself.

Physician Signature

Date

Parent Signature

Date

School Nurse Signature _____ **Date** _____

Upon completing this form, please hand it in at registration/open house, have the doctor fax it, OR save it and email the form to Jenny Penn, MSN, RN at jpenn@newlondon.k12.wi.us. Thank you..

DISTRITO ESCOLAR DE NEW LONDON - SERVICIOS DE SALUD

ASMA - Plan de Acción - CONFIDENCIAL

(Por favor complete ambos lados del formulario)

Nombre del estudiante _____ Grado ____ Edad ____ Fecha de nacimiento _____

Padre/Guardian _____ # de teléfono _____ # de celular _____

Plan Diario de Manejo del Asma

Identificar los desencadenantes que inician un episodio de asma (marque cada uno que corresponda al estudiante).

☐ Ejercicio ☐ Olores o vapores fuertes ☐ Otro _____

☐ Infecciones respiratorias ☐ Polvo de tiza ☐ Otro _____

☐ Cambio de temperatura ☐ Alfombras en la habitación ☐ Otro _____

☐ Animales ☐ Polen/Moho ☐ Comida _____

Comentarios _____

Plan de Emergencia: La acción de emergencia es necesaria cuando el estudiante tiene síntomas como

_____, _____, _____, _____.

Control del ambiente escolar

(Enumere cualquier medida de control ambiental, premedicación y/o restricciones dietéticas que el estudiante necesite para prevenir un episodio de asma).

Pasos a seguir durante un episodio de asma:

- 1) Administre los medicamentos como se detalla a continuación.
- 2) Que el estudiante regrese a la clase cuando _____
- 3) Contacte a los padres si _____

Busque atención médica de emergencia si el estudiante presenta alguno de los siguientes síntomas::

☐ No se esta mejorando 15-20 minutos después del tratamiento inicial con medicación y no se puede contactar a un familiar.

☐ Dificultad para respirar con

Pecho y cuello contraídos al respirar

El niño/a está encorvado

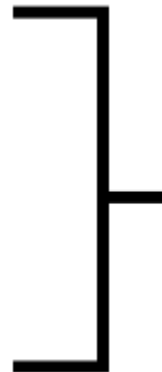
El/la niño/a está luchando para respirar

☐ Dificultad para caminar o hablar

☐ Deja de jugar y no puede volver a iniciar la actividad.

☐ Los labios o las uñas están grises o azules.

☐ Otro _____



**Si esto sucede, obtenga
ayuda de Emergencia Ahora!**

VOLTEA A OTRO LADO para la pág. 2

Si se necesitan medicamentos en la escuela, los medicamentos recetados deben venir con la etiqueta de prescripción correcta en el frasco o caja, los medicamentos de venta libre deben ser un paquete nuevo sin abrir y deben conservarse en la escuela para que su hijo/a pueda participar en excursiones/actividades extracurriculares.

Nombre de Medicamento(s): _____ ☐ Prescripcion ☐ Sin-Prescripcion

Dosis: _____ Ruta(s): _____

Horario(s): _____

Fecha de inicio: _____

Fecha de terminación: **August 30, 2026**

Precauciones, *posibles reacciones adversas* y/o intervenciones: _____

Nombre del proveedor de atención médica (Por favor imprimir): _____

Teléfono del proveedor: _____ # de fax del proveedor (requerido): _____

Firma del proveedor de atención médica:

(Se requiere la firma del proveedor de atención médica anualmente para todos los medicamentos recetados.)

Comentario/Instrucciones especiales:

Para Medicamentos Inhalados

☐ He instruido a _____ **sobre como utilizar correctamente** sus medicamentos inhalados. En mi opinion profesional, se le deberia **permitir a este estudiante llevar y utilizar** ese medicamento por si solo.

☐ En mi opinion profesional, _____ **no debe llevar consigo** su medicacion inhalada.

Firma del Medico

Fecha

Firma del Padre

Fecha

Firma del enfermero de la escuela _____ **Fecha** _____

Una vez que haya completado este formulario, imprímalo y entréguelo en el momento de la inscripción o la jornada de puertas abiertas, o guárdelo y envíelo por correo electrónico a Jenny Penn, MSN, RN a jpenn@newlondon.k12.wi.us. Gracias.

DISTRICT SCOLAIRE DE NEW LONDON - SERVICES DE SANTÉ

ASTHME - Plan d'Action - **CONFIDENTIEL**

(Veuillez remplir les deux côtés du formulaire)

Nom de l'étudiant _____ Grade _____ Age _____ Date of Birth _____

Parent/Tuteur _____ emploi # _____ # de téléphone portable _____

Plan Quotidien de Gestion de l'Asthme

Identifier les déclencheurs qui déclenchent un épisode d'asthme (cocher chacun qui s'applique à l'élève)

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| ☐ Exercice | ☐ Odeurs ou fumées fortes | ☐ Autre _____ |
| ☐ Infections respiratoires | ☐ Poussière de craie | ☐ Autre _____ |
| ☐ Changement de température | ☐ Carpets in the room | ☐ Autre _____ |
| ☐ Animaux | ☐ Pollens/moisissures | ☐ Autre _____ |

Commentaires _____

Plan d'urgence: Une action d'urgence est nécessaire lorsque l'élève présente des symptômes tels

que _____, _____, _____, _____.

Contrôle de l'environnement scolaire

(Énumérez toutes les mesures de contrôle environnemental, les prémédications et/ou les restrictions alimentaires dont l'élève a besoin pour prévenir un épisode d'asthme.)

Mesures à prendre lors d'une crise d'asthme:

- 1) Donnez les médicaments indiqués ci-dessous.
- 2) Demandez à l'élève de revenir en classe lorsque _____
- 3) Contactez les parents si _____

Consultez un médecin d'urgence si l'élève présente l'un des symptômes suivants:

☐ Aucune amélioration 15 à 20 minutes après le traitement initial avec des médicaments et aucun proche ne peut être contacté.

☐ Difficulté à respirer avec

Poitrine et cou rentrés lors de la respiration

L'enfant est voûté

L'enfant a du mal à respirer

☐ Difficulté à marcher ou à parler

☐ Arrête de jouer et ne peut plus démarrer l'activité

☐ Les lèvres ou les ongles sont gris ou bleus

☐ Autre _____

Si cela se prouit, obtenez de l'aide d'urgence maintenant

TOURNEZ L'AUTRE CÔTÉ pour la page 2

REMARQUE : Si des médicaments sont nécessaires à l'école, les médicaments sur ordonnance doivent être accompagnés de la bonne étiquette d'ordonnance sur le flacon ou la boîte. Les médicaments en vente libre doivent être un emballage neuf et non ouvert et doivent être conservés à l'école afin que votre enfant puisse participer aux excursions. ou des activités parascolaires.

Nom du Médicament(s): _____ ☐ Ordonnance ☐ Sans ordonnance

Dosage(s): _____ Itinéraire(s): _____

Heure(s): _____

Date de début: _____

Date de résiliation: **30 août 2026**

Précautions, possible *unfavorable* reactions, and/or interventions: _____

Nom du fournisseur de soins de santé (veuillez imprimer) _____

Téléphone du fournisseur: _____ Télécopie du fournisseur # (requis): _____

Signature du prestataire de soins de santé: _____

(Signature du prestataire de soins de santé requise chaque année pour tous les médicaments sur ordonnance)

Commentaire/Instructions spéciales:

Pour les Médicaments Inhalés

☐ J'ai expliqué à _____ **comment utiliser correctement** ses médicaments inhalés.

Selon mon opinion professionnelle, **cet étudiant devrait être autorisé à transporter et à utiliser lui-même ce médicament.**

☐ Selon mon avis professionnel, _____ **ne devrait pas transporter** seul ses médicaments inhalés.

Signature du Médecin

Date

Signature des Parents

Date

Signature de l'infirmière scolaire _____ **Date** _____

Une fois que vous avez rempli ce formulaire, imprimez-le et remettez-le au moment de l'inscription ou de la journée portes ouvertes, ou enregistrez-le et envoyez-le par courrier électronique à Jenny Penn, MSN, RN à jpenn@newlondon.k12.wi.us.

Merci.