

ASTHMA ASSESSMENT FORM

Student Name: _____

Grade: _____

The following information is helpful to the nurse and school staff in determining any special needs for your child. Please contact the school nurse for an appointment. Thank you for your assistance.

School Nurse _____

1. How long has your child had asthma? _____ How many times in the past 6 months has child been to the ER or hospitalized? _____ Treated in a doctor's office for non-routine asthma? _____
2. Medications taken at home: _____
3. Medications taken during school (as needed medication): _____
4. Check a box below that most accurately describes the current severity of your child's asthma.

NOTE: The presence of one of the symptoms of severity is sufficient to place a child in that category. A child should be assigned to the most severe category in which any symptom occurs. Because asthma is variable, classification may change over time. Children of any level of severity can have mild, moderate, or severe episodes. Some children who have intermittent asthma experience severe and life-threatening episodes separated by long periods of normal lung function and no symptoms.

	Severity of Asthma	Symptoms	Nighttime Symptoms
<input type="checkbox"/>	Mild intermittent	Two or fewer times a week; no symptoms between episodes; brief episodes from a few hours to a few days and vary in intensity.	Two or fewer times a month
<input type="checkbox"/>	Mild persistent	Symptoms more than twice a week but less than once a day. Episodes may affect activity.	More than twice a month
<input type="checkbox"/>	Moderate persistent	Daily symptoms; daily use of short-acting inhalers. Episodes affect activity and occur at least twice a week and may last days	More than once a week
<input type="checkbox"/>	Severe persistent	Continual symptoms; limited physical activity; frequent episodes	Frequent
Please indicate what triggers your child's asthma:		Please indicate your child's early warning signs:	
<input type="checkbox"/> Respiratory infection <input type="checkbox"/> Emotions / stress <input type="checkbox"/> Chemical odors <input type="checkbox"/> Foods <input type="checkbox"/> Weather changes	<input type="checkbox"/> Exercise <input type="checkbox"/> Cigarette smoke <input type="checkbox"/> Medication <input type="checkbox"/> Allergies (list) _____ <input type="checkbox"/> Other (list) _____	<input type="checkbox"/> Cough <input type="checkbox"/> Cold symptoms <input type="checkbox"/> Drop in peak flow <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Decreased exercise <input type="checkbox"/> Other (list) _____	
Please check all special considerations related to your child's asthma that he/she will need while at school:			
<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Avoiding strong smelling chemicals or irritants (chalk dust, sawdust, paint) <input type="checkbox"/> Modified recess or gym class <i>*Note from physician required</i> <input type="checkbox"/> Avoiding certain foods: _____	<input type="checkbox"/> Special considerations while on field trips <input type="checkbox"/> Special transportation to and from school* <i>*Note from physician recommended</i> <input type="checkbox"/> Avoiding animals/pets <input type="checkbox"/> Other _____		

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____

A doctor signed School Asthma Plan & Medication order form or a Medication Authorization Form for each medication must be provided if medications are required during school hours.

ASTHMA ASSESSMENT FORM

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Grado _____

La información que sigue es útil para la enfermera y el personal de la escuela en determinar necesidades especiales para su hijo/a. Por favor, conteste las preguntas lo mejor que puede.

Si desea una conferencia con la enfermera de la escuela, por favor llame para hacer una cita. Gracias por su ayuda.

Enfermera escolar

1. ¿Cuánto tiempo ha tenido su hijo/a asma? _____ ¿Cuántas veces en los últimos 6 meses calcula que ha visitado el cuarto de emergencia o sido hospitalizado? _____ ¿Cuántas veces ha sido tratado en la oficina del médico por asma sin cita? _____
2. Medicamentos dados en casa: _____
3. Medicamentos que necesita tener en la escuela: _____
4. Marque la caja debajo que describe con más precisión la severidad actual del asma de su hijo/a.

NOTE: La presencia de solo uno de los síntomas es suficiente para marcar esa categoría. Indique la categoría más severa en el cual tiene síntomas. El hecho que asma es variable la clasificación puede cambiar con el tiempo. Niño/as de cualquier categoría de severidad pueden tener leve, moderado o severas episodios. Algunos niño/as que tienen asma de vez en cuando pueden experimentar severa o episodios que amenazan la vida separados por periodos largos de función normal pulmonar sin síntomas.

	Severidad de Asma	Síntomas	Síntomas de Noche
<input type="checkbox"/>	Leve intermitente	Dos o menos veces por semana; sin síntomas entre episodios; breves episodios desde unas pocas horas a unos días y varia en intensidad.	Dos o menos veces por mes
<input type="checkbox"/>	Leve persistente	Síntomas más de dos veces por semana pero menos de una vez por día. Episodios pueden afectar su actividad.	Más de dos veces por mes
<input type="checkbox"/>	Moderado persistente	Episodios diarios; uso diario de inhalador de corta duración Síntomas afectan actividades y ocurren por lo menos dos veces por semana y pueden durar por días.	Más de una vez por semana
<input type="checkbox"/>	Severo persistente	Síntomas son constante; actividad física muy limitada; episodios frecuentes.	Frecuente
Indique las causas del asma:		Indique las síntomas que tiene con asma:	
<input type="checkbox"/> Infecciones pulmonarias <input type="checkbox"/> Emociones / estrés <input type="checkbox"/> Olores fuertes <input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> Cambios de clima	<input type="checkbox"/> Ejercicios <input type="checkbox"/> Humo <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Alergia: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Resfríos <input type="checkbox"/> Silbidos <input type="checkbox"/> Disminución en el flujo de aire <input type="checkbox"/> Disminución en ejercicios <input type="checkbox"/> Otro _____	
Indique todas las condiciones que aplican al asma de su hijo/a cuando este en la escuela:			
<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Evitar productos químicos de olor Fuertes o irritantes (polvo de tiza, aserrín, o pintura) <input type="checkbox"/> Clase modificada de receso o gimnasio <i>*Nota del médico requerido</i> <input type="checkbox"/> Evitar ciertas comidas: _____		<input type="checkbox"/> Consideraciones especiales, mientras sale en los paseos escolares <input type="checkbox"/> Transporte especial para ir y regresar a la escuela* <i>*Nota del medico recomendado</i> <input type="checkbox"/> Evitar animales/mascotas <input type="checkbox"/> Other _____	

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

Se requiere una forma "Plan para el Asma y receta de Medicamentos" o una "Forma para Autorización de Medicamentos" firmada por un Doctor para cada uno de los medicamentos, si los medicamentos son requeridos durante horas de escuela