



# استمارة إعطاء علاج طبي (غير دوائي) بوصفة طبية

أرارة طلب تقديم العلاج من مقدم الخدمة | مكتب الصحة المدرسية | للعام الدراسي 2024-2023

يرجى إعادتها إلى ممرضة المدرسة/ المركز الصحي المدرسي. الاستمارات المقدمة بعد يوم 1 يونيو/ حزيران قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد.

الاسم الأخير للتلميذ(ة): \_\_\_\_\_ الاسم الأول: \_\_\_\_\_ الأوساط: \_\_\_\_\_  
تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ الجنس:  ذكر  أنثى رقم التعريف المدرسي (OSIS): \_\_\_\_\_ الصف:  الفصل: \_\_\_\_\_  
المنطقة التعليمية لإدارة التعليم: \_\_\_\_\_ المدرسة (ضمن رقم (ATSDBN) // الاسم والعنوان والحي): \_\_\_\_\_

## HEALTHCARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

**ONE ORDER PER FORM** (make copies of this form for additional orders). Attach prescription(s) / additional sheet(s) if necessary to provide requested information and medical authorization.

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blood Pressure Monitoring   | <input type="checkbox"/> Feeding Tube replacement if dislodged - specify in #5 | <input type="checkbox"/> Trach Care: Trach. Size _____     |
| <input type="checkbox"/> Chest Clapping/Percussion   | <input type="checkbox"/> Oral / Pharyngeal Suctioning: Cath Size _Fr.          | <input type="checkbox"/> Trach Replacement - specify in #5 |
| <input type="checkbox"/> Clean Intermittent Catheterization: Cath Size _Fr.  | <input type="checkbox"/> Ostomy Care   | <input type="checkbox"/> Trach suctioning: Cath Size Fr    |
| <input type="checkbox"/> Central Line/PICC Line  | <input type="checkbox"/> Oxygen Administration - specify in #2                 | <input type="checkbox"/> Other: _____                      |
| <input type="checkbox"/> Dressing Change   | <input type="checkbox"/> Postural Drainage                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Feeding: Cath Size ____Fr.  | <input type="checkbox"/> Pulse Oximetry monitoring                             |  |
| <input type="checkbox"/> Nasogastric G-Tube <input type="checkbox"/> J-Tube  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Bolus <input type="checkbox"/> Pump <input type="checkbox"/> Gravity <input type="checkbox"/> Spec./Non-Standard* |  |  |

**Student will also require treatment:** \_\_\_\_\_ during transport  \_\_\_\_\_ on school-sponsored trips  \_\_\_\_\_ during afterschool programs

**Student Skill Level** (Select the most appropriate option):

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer treatment
- Supervised Student: student self-treats under adult supervision
- Independent Student: student is self-carry/self-treat (initial below)

I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed treatment effectively during school, field trips, and school-sponsored events

Practitioner's initials \_\_\_\_\_

Diagnosis: \_\_\_\_\_

Enter ICD-10 Codes and Conditions (RELATED TO THE DIAGNOSIS)

Diagnosis is self-limited: Yes  No

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 1. Treatment required in school:

**Feeding:** Formula Name: \_\_\_\_\_ Concentration: \_\_\_\_\_  
Route: \_\_\_\_\_ Amount/Rate: \_\_\_\_\_ Duration: \_\_\_\_\_ Frequency/specific time(s) of administration: \_\_\_\_\_

**\*Per the New York State Education Department, nurses are not permitted to administer premixed medications and feedings. Nurses may prepare and mix medications and feedings for administration via G-tube as ordered by the child's primary medical provider.**

**Flush** with \_\_\_\_\_ mL \_\_\_\_\_  Before feeding  After feeding

**Oxygen Administration:** Amount (L): \_\_\_\_\_ Route: \_\_\_\_\_ Frequency/specific time(s) of administration: \_\_\_\_\_  
 prn  O2 Sat < \_\_\_\_\_ % :Specify signs & symptoms

**Other Treatment:** Treatment Name: \_\_\_\_\_ Route: \_\_\_\_\_ Frequency/specific time(s) of administration: \_\_\_\_\_  
Specify signs & symptoms:

**Additional Instructions or Treatment:**

2. Conditions under which treatment should not be provided:

3. Possible side effects/adverse reactions to treatment:

4. Emergency Treatment: Provide specific instructions for OSH/SBHC clinical staff (if present) in case of emergency or adverse reactions, including dislodgement or blockage of tracheostomy or feeding tube:

5. Specific instructions for non-medical school personnel in case of adverse reactions, including dislodgement of tracheostomy or feeding tube:

6. Date(s) when treatment should be: Initiated: \_\_\_\_\_ Terminated: \_\_\_\_\_

### Health Care Practitioner

Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_  MD  DO  NP  PA

Address: \_\_\_\_\_

Tel. No: \_\_\_\_\_ Fax No: \_\_\_\_\_ Cell phone: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

NYS License No (Required): \_\_\_\_\_ NPI No \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Practitioner's Signature: \_\_\_\_\_

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS  
FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT

Rev 3/23

← يجب على الآباء توقيع الصفحة 2

T-35514 (Arabic)

## العلاج الموصوف طبيياً (غير الدوائي).

استمارة طلب تقديم العلاج | مكتب الصحة المدرسية | للعام الدراسي 2023-2024  
يرجى إعادتها إلى ممرضة المدرسة/ المركز الصحي المدرسي. الاستمارات المقدمة بعد يوم 1 يونيو/ حزيران قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد.

الآباء/ أولياء الأمور، أقرؤوا واملأوا ووقعوا هذه الاستمارة: بتوقيعي أدناه، أوافق على ما يلي:

1. أوافق على أن يتم تخزين المستلزمات الطبية، والمعدات، والعلاجات الموصوفة الخاصة بطفلي وإعطائه إياها في المدرسة بناءً على توجيهات ممارس الرعاية الصحية لطفلي.
2. وأنا أدرك أنه:

- يجب أن أعطي ممرض(ة) المدرسة/ المركز الصحي المدرسي (SBHC) المستلزمات الطبية والمعدات والعلاجات الخاصة بطفلي.
- يجب أن تكون جميع المستلزمات التي أعطيها للمدرسة جديدة وغير مفتوحة، وفي القارورة أو العلبة الأصلية. سوف أزود المدرسة بالأدوية الحالية الصالحة لاستخدام طفلي أثناء أيام الدراسة.
  - يجب عنونة المستلزمات والمعدات والعلاجات باسم طفلي وتاريخ ميلاده.
- يجب أن أخبر ممرض(ة) المدرسة/ المركز الصحي المدرسي (SBHC) فوراً عن أي تغيير في دواء طفلي أو تعليمات ممارس الرعاية الصحية.
- يعتمد مكتب الصحة المدرسية (OSH) وكلاءه المشاركين في تقديم الخدمة (الخدمات) الصحية المذكورة أعلاه إلى طفلي على نقة المعلومات المقدمة في هذه الاستمارة.
- بتوقيعي على هذه الاستمارة، أصرح لمكتب الصحة المدرسية (OSH) بتقديم الخدمات الصحية لطفلي. وأنا أدرك أن هذه الخدمات قد تتضمن تقييماً كליنيكياً أو فحصاً بدنياً من طرف ممارس الرعاية الصحية أو الممرض(ة) بمكتب الصحة المدرسية (OSH).
- ينتهي أمر العلاج/ إرشادات العلاج المذكورة على هذه الاستمارة في نهاية العام الدراسي لطفلي، والذي قد يشمل الحصوص الصفية، أو عندما أعطي ممرضة المدرسة استمارة جديدة (أيها أقرب).
- عندما تنتهي صلاحية طلب تقديم العلاج هذا، سأقدم لممرضة طفلي المدرسة/ المركز الصحي المدرسي (SBHC) استمارة (MAF) جديدة مكتوبة بواسطة ممارس الرعاية الصحية لطفلي.
- تمثل هذه الاستمارة موافقتي وطلب تقديم الخدمات الطبية المذكورة في هذه الاستمارة. وهي لا تمثل اتفاقاً مع مكتب الصحة المدرسية (OSH) لتوفير الخدمات المطلوبة. إذا قرر مكتب الصحة المدرسية (OSH) تقديم هذه الخدمات، قد يحتاج طفلي أيضاً إلى خطة تسهيلات الفقرة 504. ستقوم المدرسة بوضع هذه الخطة.
- لأغراض تقديم الرعاية الصحية أو العلاج لطفلي، يمكن لمكتب الصحة المدرسية (OSH) الحصول على أي معلومات أخرى يعتقد أنها ضرورية عن الحالة الطبية لطفلي أو أدويته أو علاجه. قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على هذه المعلومات من أي ممارس رعاية صحية أو ممرضة أو صيدلي قدم خدمات صحية لطفلي.

وفقاً لإدارة التعليم في ولاية نيويورك، لا يُسمح للممرضات بإدارة الأدوية والوجبات الممزوجة مسبقاً. يمكن للممرضات تحضير وخطط الأدوية والوجبات من أجل الإعطاء عبر (G-tube) حسب طلب مقدم الرعاية الطبية الأساسي للطفل.

### لأخذ الدواء بشكل ذاتي (للتلاميذ المستقلين فقط)

- أقر/ أؤكد أن طفلي قد تلقى تدريباً كاملاً ويمكنه القيام بالعلاج من تلقاء نفسه. أوافق على أن يقوم طفلي بحمل وتخزين والقيام بالعلاج الموصوف على هذه الاستمارة بنفسه في المدرسة. أنا مسؤول عن إعطاء طفلي المستلزمات والمعدات المعنونة والموصوفة أعلاه. أنا أيضاً مسؤول عن مراقبة استخدام طفلي للعلاج، وعن جميع نتائج استخدام طفلي لهذا العلاج الذاتي في المدرسة. ستؤكد ممرضة المدرسة/ المركز الصحي المدرسي (SBHC) قدرة طفلي على القيام بالعلاج بنفسه. كما أوافق على إعطاء المدرسة معدات أو مستلزمات "احتياطية" معنونة بوضوح في حالة عدم قدرة طفلي على القيام بالمعالجة الذاتية.

الاسم الأخير للتلميذ(ة): \_\_\_\_\_ الاسم الأول: \_\_\_\_\_ الأوسط: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

اسم المدرسة/ رقم (ATSDBN): \_\_\_\_\_

الحي: \_\_\_\_\_ المنطقة التعليمية: \_\_\_\_\_

عنوان البريد الإلكتروني للوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر: \_\_\_\_\_ عنوان منزل الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر: \_\_\_\_\_

رقم الهاتف: أثناء النهار: \_\_\_\_\_ المنزل: \_\_\_\_\_ رقم الهاتف المحمول: \_\_\_\_\_

اسم الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر: \_\_\_\_\_ توقيع الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر: \_\_\_\_\_

تاريخ التوقيع: \_\_\_\_\_

طرف اتصال بديل لحالات الطوارئ:

الاسم: \_\_\_\_\_ العلاقة بالتلميذ(ة): \_\_\_\_\_ رقم الاتصال: \_\_\_\_\_

### FOR OFFICE OF SCHOOL HEALTH (OSH) USE ONLY

OSIS Number: \_\_\_\_\_

Received by: Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

504  IEP  Other Referred to School 504 Coordinator:  Yes  No

Services provided by:  Nurse/NP  OSH Public Health Advisor (For supervised students only)  School Based Health Center

Signature and Title (RN OR SMD): \_\_\_\_\_ Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison: \_\_\_\_\_

Revisions as per OSH contact with prescribing health care practitioner:  Clarified  Modified

\*Confidential information should not be sent by e-mail.

FOR PRINT USE ONLY

للاستخدام المطبوع فقط