



ЗАПРОС НА ПРЕДПИСАННОЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | 2023-2024

Верните заполненную форму школьной медсестре или в школьный центр здоровья. Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

Фамилия ребенка: _____ Имя: _____ Среднее имя: _____
Дата рождения: _____ Пол: мужской женский Номер OSIS: _____ Уч. уровень: _____ Класс: _____
Школьный округ DOE: Школа (DBN/название в ATS, номер, адрес и район): _____

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 <input type="checkbox"/> 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.

Редакция 3/23

ТРЕБУЕТСЯ ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ **на с. 2** →

T-35514 (Russian)

ЗАПРОС НА ПРЕДПИСАННОЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | 2023-2024

Верните заполненную форму школьной медсестре или в школьный центр здоровья. Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

РОДИТЕЛИ/ОПЕКУНЫ! ПРОЧИТАЙТЕ, ЗАПОЛНИТЕ И ПОДПИШИТЕ ФОРМУ. Я, НИЖЕПОДПИСАВШИЙСЯ, ВЫРАЖАЮ СОГЛАСИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЕ:

1. Я даю согласие на хранение и выдачу ребенку в школе необходимых средств и материалов для проведения процедур в соответствии с предписаниями его лечащего врача.
2. Мне известно следующее:
 - Мне требуется обеспечить школьную медсестру/школьный центр здоровья (school based health center, SBHC) медицинскими принадлежностями, инструментами и материалами.
 - Все материалы, предоставляемые школе, должны быть новыми, в запечатанной фабричной или аптечной упаковке. Я предоставляю школе назначенные на текущее время непросроченные медицинские принадлежности для использования ребенком в течение учебного дня.**
 - Принадлежности, инструменты и материалы должны быть снабжены этикетками с именем, фамилией и датой рождения ребенка.
 - Я обязуюсь **незамедлительно** уведомлять школьную медсестру/SBHC обо всех изменениях в лечении ребенка или инструкциях лечащего врача.
 - Отдел школьного здравоохранения (OSH) и его представители, ответственные за предоставление ребенку вышеуказанной услуги/услуг, руководствуются информацией, представленной в данной форме.
 - Своей подписью в документе я разрешаю OSH оказывать медицинские услуги ребенку. Эти услуги могут включать, в частности, клиническую оценку и медицинский осмотр, проводимые врачом или медсестрой OSH.
 - Действие запроса истекает в конце учебного года, который может включать летние занятия, или по представлении мной новой формы школьной медсестре (в зависимости от того, что наступит ранее). По истечении этого врачебного предписания я представлю школьной медсестре/SBHC новую форму MAF, заполненную лечащим врачом ребенка.
 - Данная форма представляет собой мой запрос и разрешение на указанные медицинские услуги. Она не является договором с OSH об оказании запрашиваемых услуг. В случае согласия OSH на предоставление этих услуг, ребенку также потребуется План адаптации (Section 504 Accommodation Plan), который оформляется школой.
 - В целях предоставления медицинских услуг или лечения моего ребенка я разрешаю OSH обращаться за необходимой информацией о состоянии здоровья ребенка, его лекарствах и/или лечении к врачам, медсестрам и фармацевтам, оказывавшим ребенку медицинские услуги.

В соответствии с требованиями Департамента образования штата Нью-Йорк (NYSED) медсестрам запрещается вводить предварительно смешанные лекарства и питание. Им разрешается готовить смеси и лекарства и проводить кормление через гастростомическую трубку в соответствии с указаниями лечащего врача ребенка.

САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

- Настоящим заявляю/подтверждаю, что ребенок прошел обучение и может выполнять процедуры. Я также разрешаю ребенку иметь при себе, хранить медицинские принадлежности и материалы, а также самостоятельно проводить в школе предписанные в форме медицинские процедуры. Я несу ответственность за предоставление ребенку материалов и лекарственных средств в упаковке, как описано выше. Я также несу ответственность за контроль выполнения ребенком процедур, а также за все последствия процедур, самостоятельно выполненных в школе. Школьная медсестра удостоверяет способность ребенка самостоятельно проводить процедуру. Я даю согласие на предоставление запасных материалов и инструментов в упаковке с этикеткой back up для хранения в школе на случай временной утраты ребенком способности проводить процедуру самостоятельно.

Информация о ребенке. Фамилия: _____ Имя: _____ Инициал среднего имени: ____ Дата рождения: _____

Информация о школе: DBN/Название в ATS: _____

Район: _____ Шк. округ: _____

Имейл родителя/опекуна: _____ Адрес родителя/опекуна: _____

Телефоны: дневной: _____ домашний: _____ мобильный: _____

Имя и фамилия родителя/опекуна: _____ Подпись родителя/опекуна: _____

Дата подписи: _____

Другое контактное лицо для срочной связи

Имя и фамилия: _____ Родство с учащимся: _____ Телефон: _____

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 ONLY