

學生照片  
附此

## MEDICALLY PRESCRIBED TREATMENT (NON-MEDICATION) FORM

提供者治療要求表 | 學校健康辦公室 | 2024-2025學年  
請交還給學校護士/校內健康中心。6月1日之後遞交的表格可能會對新學年的申請程序造成延誤。

學生姓氏: \_\_\_\_\_ 名字: \_\_\_\_\_ 中間名首字母: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_  
性別: 男 女 學生身份號碼(OSIS): \_\_\_\_\_ 年級/班級: \_\_\_\_\_ 年級/班級: \_\_\_\_\_  
學校 (包括: ATS DBN/名稱、地址和行政區): \_\_\_\_\_ 教育局學區: \_\_\_\_\_

### 健康護理人員填寫以下部分/HEALTH CARE 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 #1                 | <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  
 I attest student demonstrated 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 clinical personnel (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 (Print): \_\_\_\_\_ First Name (Print): \_\_\_\_\_ **Please check one:**  MD  DO  NP  PA  
Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ NYS License # (Required): \_\_\_\_\_ NPI #: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ Email address: \_\_\_\_\_  
Telephone: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS

更新於3月24日

FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT

家長必須在第2頁簽名 / PARENTS MUST SIGN PAGE 2

# MEDICALLY PRESCRIBED TREATMENT (NON-MEDICATION) FORM

提供者治療要求表 | 學校健康辦公室 | 2024-2025學年

請交還給學校護士/校內健康中心。6月1日之後遞交的表格可能會對新學年的申請程序造成延誤。

## 家長/監護人通讀、填寫並簽名。我在下面簽名，表示我同意如下：

- 我同意，根據我子女的保健專業人員的說明，學校保存和施用我子女的醫療用品、設備和處方治療法。
- 我理解：
  - 我必須把我子女的醫療用品、設備和治療法交給學校護士/校內健康中心（SBHC）提供者。
  - 我給予學校的所有用品都必須是新的、未曾開封過並裝在其原封瓶子或盒子裏。我將給學校提供我子女在上學日內需使用的當前、未過期的用品。
    - 用品、設備和治療法都應標上我子女的姓名和出生日期。
  - 如果我子女的治療法發生任何變化或者保健專業人員的說明有任何變化，我必須立即告知學校護士/ SBHC 提供者。
  - 涉及到給我子女提供上述健康服務的學校健康辦公室（OSH）及其代理人員依賴於本表資訊的精確度。
  - 我在這一表格上簽名，表示授權學校健康辦公室（OSH）為我子女提供健康服務。這些服務可以包括（但不限於）由一名 OSH 辦公室保健專業人員或護士所執行的臨床評估或體檢。
  - 這份表格的治療說明/手續的過期時間是我子女的學年結束（這可能包括暑期班）或者當我交給學校護士/ SBHC 提供者一份新的 MAF（取兩者中較早的那個時間）。當這份醫療手續執行要求過期時，我將交給我子女的學校護士/校內健康中心（SBHC）提供者一份新的由我子女的保健專業人員出具的 MAF。
  - 這份表格代表我對本表所說明的醫療服務的同意和要求。這並非 OSH 提供所要求的服務的協議。如果 OSH 決定提供這些服務，我子女可能還需要一份「第 504 款特別照顧計劃」（Section 504 Accommodation Plan）。這份計劃將由學校填寫。
  - 為著給我子女提供護理或治療的目的，OSH 可以獲取該辦公室認為有關我子女的醫療狀況、藥物和治療而需要的任何其他資訊。OSH 可以向任何為我子女提供健康服務的保健專業人員、護士或藥劑師索取該資訊。

根據紐約州教育廳的規定，護士不准施用預先混合的藥物和餵服劑量。護士可以使用學生的主要醫療提供者預訂的 G-tube，準備和混合所需施用的藥物和餵服劑量。

## 自己治療（僅適用於能自己獨立治療的學生）：

- 我證明/確認，我子女已得到完全的訓練並能夠自行施用治療法。我同意，我子女在學校裏以及在參加學校旅行時自己攜帶、儲存本表所開具的治療法並將自己施用治療。我負責根據上述說明把這些用品和設備交給我子女。我也負責監督我子女在學校裏的藥物使用情況及其對這一藥物使用所導致的任何後果。學校護士/ SBHC 提供者將確認我子女有自行施用治療的能力。我也同意，交給學校一份清楚地標著「備用」（back up）字樣的器材或用品，以備在我子女萬一不能自我施用治療時使用。

學生姓氏：\_\_\_\_\_ 名字：\_\_\_\_\_ 中間名首字母：\_\_\_\_\_ 出生日期：（月/日/年）\_\_\_\_\_

學校（ATS DBN/名稱）：\_\_\_\_\_ 行政區：\_\_\_\_\_ 學區：\_\_\_\_\_

家長/監護人電子郵箱：\_\_\_\_\_ 家長/監護人地址：\_\_\_\_\_

電話號碼：日間：\_\_\_\_\_ 住宅：\_\_\_\_\_ 手機\*：\_\_\_\_\_

家長/監護人姓名：\_\_\_\_\_ 家長/監護人簽名：\_\_\_\_\_

簽名日期：（月/日/年）：\_\_\_\_\_

其他緊急聯絡人：

姓名：\_\_\_\_\_ 與學生的關係：\_\_\_\_\_ 聯絡人號碼：\_\_\_\_\_

## 僅供學校健康辦公室（OSH）工作人員填寫 / For Office of School Health (OSH) Use Only

OSIS #: \_\_\_\_\_

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

504  IEP  Other: \_\_\_\_\_ Referred to School 504 Counselor:  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 per OSH contact with prescribing health care practitioner:  Clarified  Modified

\* Confidential information should not be sent by email / 機密資料不應用電郵傳送。

FOR PRINT USE ONLY/僅供印刷使用