

REQUEST FOR PROVISION OF MEDICALLY PRESCRIBED TREATMENT (NON-MEDICATION)

PROVIDER TREATMENT ORDER FORM— OFFICE OF SCHOOL HEALTH - School Year 2017-2018

The Following Section To Be Completed By Student's Parent/Guardian

Je consens, par la présente, à l'administration du traitement médical prescrit, comme mentionné dans les instructions jointes du professionnel de santé ou médecin de mon enfant. Je sais qu'il est de ma responsabilité de fournir tous les équipements et produits nécessaires pour administrer le traitement demandé, et que je dois prévenir immédiatement l'infirmier scolaire de tout changement relatif à la prescription ou aux instructions susmentionnées.

Je sais que ce consentement n'est valable que jusqu'à la date où prend fin tout programme de cours d'été patronné par le Département de l'Éducation de la Ville de New York (DOE) ; ou au moment où je fournis, à l'infirmier scolaire, une nouvelle ordonnance ou de nouvelles instructions du professionnel de santé ou médecin de mon enfant pour l'administration du traitement et le contrôle médicamenteux prescrits susmentionnés (suivant l'événement qui survient le plus tôt).

En déposant ce formulaire de demande d'administration d'un traitement médical prescrit par un médecin (non médicamenteux), je demande que mon enfant bénéficie de services médicaux particuliers de la part du "Département" et de celle du Département de la Santé et de l'Hygiène mentale (Department of Health and Mental Hygiene ou DOHMH) de la Ville de New York par le biais du Bureau de la Santé Scolaire (Office of School Health ou OSH). Ce formulaire contient l'intégralité des instructions complètes pour donner les soins médicaux demandés ci-dessus. Je sais que le Département de l'Éducation, le DOHMH, leurs mandataires et employés, impliqués dans l'intervention médicale demandée ci-dessus, s'en remettent à l'exactitude des informations fournies dans ce formulaire.

Je reconnais que ce formulaire ne constitue pas un accord du Département de l'Éducation et du DOHMH d'offrir les services demandés, mais plutôt une demande, un consentement et une autorisation pour fournir cette assistance. Si ces soins sont jugés nécessaires, un Plan d'aménagement(s) pour l'élève (Student Accommodation Plan) peut aussi être requis et sera, dans ce cas, rédigé par l'établissement scolaire.

Je déclare avoir compris que le Département ou le DOHMH, et leurs mandataires et agents, peuvent contacter, consulter tout professionnel de santé (médecin ou spécialiste) ou pharmacien ayant fourni des médicaments ou services médicaux à mon enfant, et obtenir, ainsi, toute information supplémentaire considérée pertinente sur son état de santé, ses médicaments ou son traitement.

****ADMINISTRATION DE TRAITEMENT(S) AUTONOME :****Mettez vos initiales dans ce paragraphe pour l'administration autonome par l'élève des traitements prescrits**

INITIALES	Je certifie, par la présente, que mon enfant a bien été complètement instruit et est capable de s'administrer, lui-même, le traitement prescrit. Je consens, en outre, à ce que mon enfant s'administre lui-même, dans l'enceinte scolaire, le traitement prescrit cité ci-dessus. Je reconnais avoir à fournir à mon enfant les équipements nécessaires dans des récipients étiquetés comme décrit ci-dessus, être responsable de vérifier comment mon enfant s'en sert, et de toutes les conséquences possibles découlant de leur usage dans l'enceinte scolaire. Je sais que l'infirmier de l'établissement scolaire confirmera la capacité de mon enfant à s'administrer lui-même son traitement de façon responsable. En outre, je consens à fournir un équipement de « secours » dans un récipient, dont le texte de l'étiquette est clair et lisible, à conserver en salle médicale au cas où mon enfant aurait une quantité insuffisante de médicaments à prendre seul sur lui.
-----------	---

INITIALES	Je consens aussi à ce que l'infirmier(ère) scolaire conserve et/ou administre un tel traitement médicamenteux à mon enfant au cas où ce dernier serait temporairement dans l'impossibilité de le garder sur lui et/ou de s'administrer seul le traitement.
-----------	--

SIGNEZ ICI

* Merci de noter que les aliments préparés par le parent ou par l'infirmier, ex. mélange de poudre et d'eau, doivent être approuvés par le directeur/directeur adjoint des soins infirmiers

Nom du parent/tuteur en caractères d'imprimerie		Signature du parent/tuteur	
Adresse du parent/tuteur de l'élève		Signé le	
Numéros de téléphone	En journée	Domicile	Portable
Adresse email du parent/tuteur			
Nom d'une autre personne à contacter en cas d'urgence		Numéro de téléphone de cette autre personne	

DO NOT WRITE BELOW – FOR OFFICE OF SCHOOL HEALTH (OSH) USE ONLY

Student Last Name	First Name	MI	OSIS No.
Received by: Name	Date	Reviewed by: Name	Date
<input type="checkbox"/> 504	<input type="checkbox"/> IEP	<input type="checkbox"/> Other	Referred to School 504 Coordinator: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Services provided by: <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor <input type="checkbox"/> School Based Health Center			
Self-Directs Treatment: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Signature and Title (RN OR SMD)		Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison	

FOR Office of School Health (OSH) USE: Revisions as per OSH contact with prescribing health care practitioner.