

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

OFFICE OF SCHOOL HEALTH - School Year 2016-2017

CONSETEMENT DU PARENT/TUTEUR

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 de soins médicaux prescrits par un médecin (hors traitements médicamenteux), je demande, de fait, à ce que mon enfant bénéficie d'une prestation médicale particulière de la part du Département de l'Éducation 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 l'intermédiaire 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 suis conscient(e) que le Département de l'Éducation ou le DOHMH, et leurs mandataires et agents, peuvent contacter, consulter tout professionnel de santé (médecin et/ou spécialiste) et/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 et/ou son traitement.

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

_____ 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 fils(fille) s'administre lui-même, dans l'environnement 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'environnement 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(des) équipement(s) 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(e) sur lui(elle).

_____ 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(cette) dernier(ère) serait temporairement dans l'impossibilité de le garder sur lui(elle) et/ou de s'administrer seul(e) le traitement.

Signature de la mère/du père ou tuteur de l'élève	Prénoms et nom du parent/tuteur en caractères d'imprimerie
Signé le ____/____/____	Adresse du parent/tuteur de l'élève
Coordonnées téléphoniques : En journée (____) ____ - ____ Domicile (____) ____ - ____ Portable* (____) ____ - ____	
Prénoms et nom d'une autre personne à contacter en cas d'urgence	N° de téléphone de cette autre personne (____) ____ - ____

NE RIEN ÉCRIRE CI-DESSOUS – RÉSERVÉ AU BUREAU DE LA SANTÉ SCOLAIRE (OSH) (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.			

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

OFFICE OF SCHOOL HEALTH - School Year 2016-2017

ATTACH STUDENT PHOTO HERE	Student Last Name	First Name	Middle	Date of birth		<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
					MM DD YYYY	
	Guardian e-mail address*			OSIS Number _____		
School (include name, number, address and borough)				DOE District	Grade	Class
				_____	_____	_____

Health Care Practitioner's Statement/Order

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"/> Clean Intermittent Catheterization Cath. Size _____
<input type="checkbox"/> Central Venous Line
<input type="checkbox"/> Gastrostomy/Jejunostomy Feeding: <input type="checkbox"/> Bolus <input type="checkbox"/> Pump <input type="checkbox"/> Gravity
<input type="checkbox"/> Feeding Tube replacement if dislodged - specify in area below
<input type="checkbox"/> Naso-Gastric Feeding
<input type="checkbox"/> Specialized/Non-Standard Feeding
<input type="checkbox"/> Oral / Pharyngeal Suctioning | <input type="checkbox"/> Tracheostomy Care Trach. Size _____
<input type="checkbox"/> Trach. suctioning Cath. Size _____
<input type="checkbox"/> Trach replacement - specify in area below
<input type="checkbox"/> Oxygen Administration
<input type="checkbox"/> Pulse Oximetry monitoring
<input type="checkbox"/> Other: _____ | <input type="checkbox"/> Ostomy Care
<input type="checkbox"/> Chest Clapping
<input type="checkbox"/> Percussion
<input type="checkbox"/> Postural Drainage
<input type="checkbox"/> Dressing Change |
|--|--|--|

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

Select the most appropriate option for this student:

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer treatment
- Independent Student: student is self-carry/self-administer (**NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES**): PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE
- I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed treatment effectively for school/field trips/school-sponsored events _____
- Practitioner's initials

1. Diagnosis Enter ICD Codes and Conditions (RELATED TO THE DIAGNOSIS)

□ _____ □ _____

Diagnosis is self-limited Yes No

2. Treatment required in school:

Feeding: _____

Formula Name	Concentration	Route	Amount/Rate	Duration	Frequency/specific time(s) of administration
--------------	---------------	-------	-------------	----------	--

Oxygen administration: _____ _____ prn O2 Sat < _____%

Amount (L)	Route	Frequency/specific time(s) of administration	Specify Symptoms
------------	-------	--	------------------

Other Treatment: _____ _____

Treatment Name	Route	Frequency/specific time(s) of administration	Specify Symptoms
----------------	-------	--	------------------

Additional Instructions or Treatment:

3. Conditions under which treatment should not be provided:

4. Possible side effects/adverse reactions to treatment:

5. Specific instructions for nurse (if one is assigned and present) in case of adverse reactions, including dislodgement of tracheostomy or feeding tube:

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

7. Date(s) when treatment should be: Initiated ___/___/_____ terminated ___/___/_____

Health Care Practitioner	LAST NAME	FIRST NAME	(Please Print)	Signature
Address		Tel. No. (____)____-_____		Fax. No (____)____-_____
E-mail address*				Cell phone* (____)____-_____
NYS License No (Required) _____	Medicaid No _____	NPI No _____	Date ___/___/_____	

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