

طلب توفير معالجة موصوفة طبياً (غير إعطاء الدواء)
للعام الدراسي 2010-2009

اسم التلميذ(ة): الأخير (Last): الأول (First): الأوسط (Middle):
ذكر (Male): أنثى (Female): تاريخ الميلاد (D.O.B.) (سنة/يوم/شهر): رقم بطاقة الهوية (I.D. #):
الحي (Borough): المنطقة التعليمية (District): المدرسة (School): الصف (Grade): الفصل (Class):
عنوان المدرسة (School Address): الرمز البريدي (Zip Code):

Part I: Physician's Statement/Order

(Attach prescription(s)/additional sheet(s) if necessary to provide requested information and medical authorization).

Clean Intermittent Catheterization
Central Venous Line
Gastrostomy Feeding
Naso-Gastric Feeding

Tracheostomy Care
Oral/Pharyngeal Suctioning
Oxygen Administration
Ostomy Care

Chest Clapping
Percussion
Postural Drainage
Dressing Change

- Other _____
1. Diagnosis _____
 2. Treatment required in school _____
 3. Specific instructions for providing treatment _____
 4. Frequency/time to be provided _____
 5. Conditions under which treatment should not be provided _____
 6. Date(s) when treatment should be initiated _____ terminated _____
 7. Possible side effects/adverse reactions to treatment _____
 8. Specific instructions for non-medical school personnel in case of adverse reactions _____
 9. Specific instructions for nurse (if one is assigned and present) in case of adverse reactions _____
 10. Diagnosis is substantially controlled with provision of medically prescribed treatment Yes _____ No _____
 11. Diagnosis is self-limited Yes _____ No _____

Physician's Name (Print) _____

Physician's Signature _____

Physician/Clinic's Address _____

NYS Registration No. _____

Date Signed _____

Zip Code _____

Physician/Clinic's Telephone No. _____

Physician/Clinic's Fax No. _____

لاستخدام إدارة التعليم وإدارة الصحة فقط

FOR DOE/DOHMH USE: Revisions as per DOE/DOHMH contact with prescribing physician

توفير معالجة موصوفة طبياً:
موافقة الوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر والتصريح
للعام الدراسي 2009-2010

أصرح بموجبه بتوفير معالجة موصوفة طبياً وفقاً للتعليمات المرفقة الصادرة عن طبيب طفلي. وأفهم أنه يتوجب عليّ أن أقوم بتوفير جميع الأجهزة والمستلزمات، وعليّ أن أبلغ مدير(ة) المدرسة و/ أو من ينوب عنه فوراً، وخصوصاً ممرض(ة) المدرسة، عن أي تغيير يطرأ على الدواء الموصوف أو على التعليمات المذكورة أعلاه.

أفهم أن مفعول هذا التصريح يسري فحسب حتى حلول أي من التاريخين التاليين أولاً: (1) تاريخ **30 يونيو/ حزيران، 2010** (يمكن تمديد هذه الوصفة حتى نهاية شهر أغسطس/ آب إذا كان التلميذ يداوم في برنامج دراسي لإدارة التعليم لمدينة نيويورك (المشار إليها لاحقاً بعبارة "إدارة التعليم")؛ أو (2) تاريخ تسليمي إلى مدير(ة) المدرسة و/ أو من ينوب عنه وصفة طبية جديدة أو تعليمات جديدة يقوم طبيب طفلي بإصدارها بشأن توفير المعالجة الموصوفة أعلاه.

وبتقديمي هذه الاستمارة لطلب توفير معالجة موصوفة طبياً (غير إعطاء الدواء)، فإنني أطلب أن يتم تزويد طفلي بخدمات صحية محددة تقوم بتقديمها إدارة التعليم وإدارة الصحة البدنية والصحة العقلية لمدينة نيويورك (المشار إليها فيما بعد بعبارة "إدارة الصحة") من خلال مكتب الصحة المدرسية. التعليمات التامة والكاملة بشأن تقديم الخدمة أو الخدمات الصحية المطلوبة مذكورة في هذه الاستمارة. وأفهم أن إدارة التعليم وإدارة الصحة، ووكلاء وموظفي الإدارتين الذين لهم علاقة بتقديم الخدمة أو الخدمات الصحية المطلوبة أعلاه يعتمدون على صحة المعلومات التي قدمتها في هذه الاستمارة. إن هدفي هو أن يتلقى طفلي الخدمة أو الخدمات الصحية حسب المعلومات والتعليمات المقدمة في هذه الاستمارة. وأفهم أنني أتحمّل مسؤولية توفير الأجهزة والمستلزمات الضرورية لتوفير المعالجة غير الدوائية الموصوفة طبياً والمطلوبة أعلاه.

وأقر بأن هذه الاستمارة ليست اتفاقية مع إدارة التعليم أو إدارة الصحة لتقديم الخدمات المطلوبة، ولكنها بالأحرى تمثل طلبي وموافقتي وتصريحي بتقديم هذه الخدمات، وإذا تقرر أن هذه الخدمات ضرورية، فقد يتطلب الأمر رسم خطة للترتيبات الخاصة بالتلميذ ستقوم المدرسة بوضعها.

وأصرح بموجبه لإدارة التعليم وإدارة الصحة، وموظفيهما، ووكلائهما، أن يتصلوا بأي مقدم للرعاية الصحية و/ أو صيدلي قام بتقديم الخدمات الطبية أو الصحية لطفلي، وأن يحصلوا منهم على أية معلومات إضافية قد يرونها ملائمة بشأن حالة طفلي الطبية، و/أو دوائه، و/ أو علاجه.

يرجى كتابة اسم وعنوان الوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر بخط واضح أدناه:

توقيع الوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر

تاريخ التوقيع

رقم الهاتف أثناء النهار/ رقم هاتف المنزل

لا تكتب أدناه - لاستخدام إدارة التعليم، وإدارة الصحة فقط
(FOR DOE AND DOHMH ONLY)

Student's Name: _____

OSIS No: _____

Received by: _____
Name Date

Reviewed by: _____
Name Date

Referred to School 504 Coordinator: Yes No

Services provided by: Nurse DOHMH Public Health Adv. School Based Health Center DOE School Staff

Self-Directs Treatment: Yes No

Signature and Title: _____
(RN OR SMD)

(Date school notified and form forwarded to DOE liaison)