

ЗАПРОС НА ПРОВЕДЕНИЕ НАЗНАЧЕННЫХ ВРАЧОМ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ ПРОЦЕДУР
2009–2010 учебный год

Учащийся: Фамилия: _____ Имя: _____ Среднее имя: _____
 Мужской: _____ Женский: _____ Дата рождения: _____ Идентификационный номер: _____
 Район: _____ Округ: _____ Школа: _____ Учебный уровень: _____ Класс: _____
 Адрес школы: _____ Почтовый индекс: _____

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. _____

(РАЗДЕЛ ЗАПОЛНЯЕТСЯ СОТРУДНИКАМИ DOE И ДОНМН) FOR DOE/DOHMH USE:
Revisions as per DOE/ DOHMH contact with prescribing physician

СОГЛАСИЕ (РАЗРЕШЕНИЕ) РОДИТЕЛЕЙ И ОПЕКУНОВ
НА ПРОВЕДЕНИЕ НАЗНАЧЕННЫХ ВРАЧОМ ЛЕЧЕБНЫХ ПРОЦЕДУР
2009-2010

Настоящим я разрешаю проводить лечебные процедуры в соответствии с прилагаемыми указаниями лечащего врача моего ребёнка. Я понимаю, что обязан предоставить все необходимые приспособления и материалы, а также незамедлительно уведомлять директора школы и (или) назначенных им лиц, прежде всего школьную медсестру, обо всех изменениях в вышеперечисленных назначениях и указаниях врача.

Я понимаю, что настоящее разрешение остаётся в силе до (1) **30 июня 2010 г.** (данное предписание может быть продлено до конца августа, если учащийся посещает занятия летней учебной программы Департамента образования) или (2) до момента, когда мною будут представлены директору школы и (или) назначенному им лицу и школьной медсестре новые назначения или указания, выданные врачом ребёнка в отношении указанных выше процедур, в зависимости от того, что наступит раньше.

Подаявая настоящий запрос на проведение назначенных врачом немедикаментозных лечебных процедур, я прошу Департамент образования (Department of Education, DOE) и Департамент здравоохранения г. Нью-Йорка (New York City Department of Health and Mental Hygiene, DOHMH) обеспечить оказание моему ребёнку определенных видов медицинских услуг через отдел школьного здравоохранения (Office of School Health, OSH). В настоящем запросе представлены полные и исчерпывающие указания по предоставлению запрашиваемого выше вида медицинских услуг. Я понимаю, что Департаменты образования и здравоохранения, их представители и сотрудники, причастные к оказанию запрашиваемых выше медицинских услуг, рассчитывают на достоверность информации, приведённой мною в настоящем запросе. Прошу обеспечить медицинское обслуживание моего ребёнка в соответствии с информацией и указаниями, приведёнными мною в настоящем запросе.

Я понимаю, что в мои обязанности входит предоставление всех приспособлений и материалов, необходимых для проведения запрашиваемых выше процедур немедикаментозного лечения.

Мне известно, что данный документ не является согласием Департамента образования или Департамента здравоохранения на оказание запрашиваемых услуг, а представляет собой мой запрос, согласие и разрешение в отношении таких услуг. В случае признания необходимости услуг, администрация школы может составить план по адаптации (Student Accommodation Plan).

Настоящим разрешаю Департаментам образования и здравоохранения, их сотрудникам и представителям обращаться за консультациями и любой необходимой дополнительной информацией относительно состояния здоровья, принимаемых лекарств и (или) лечения моего ребёнка к любым поставщикам медицинских и (или) фармацевтических услуг.

**Имя, фамилия и адрес родителя или опекуна
(печатными буквами):**

НЕ ПИШИТЕ НИЖЕ ЭТОЙ ЛИНИИ (РАЗДЕЛ ЗАПОЛНЯЕТСЯ СОТРУДНИКАМИ DOE И DOHMH)
DO NOT WRITE BELOW (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)