

DEMANDE D'ADMINISTRATION DE SOINS MÉDICAUX PRESCRITS (HORS TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX)

BUREAU DE LA SANTÉ SCOLAIRE - Année scolaire 2014-2015

CONSENTEMENT ET AUTORISATION DE LA MÈRE, DU PÈRE OU TUTEUR VALABLES EN 2014-2015

J'autorise, par la présente, l'administration du traitement médical prescrit, comme mentionné dans les instructions jointes du médecin de mon enfant. Je sais que je dois fournir l'ensemble des ustensiles, matériel et produits nécessaires, et que je dois prévenir immédiatement le chef de l'établissement scolaire et/ou son représentant, et surtout l'infirmier scolaire, de tout changement relatif à la prescription ou aux instructions susmentionnées.

FOR DOE/DOHMH USE:		
<input type="checkbox"/> 504	<input type="checkbox"/> IEP	<input type="checkbox"/> OTHER

Je sais que cette autorisation n'est valable que jusqu'à la date la plus rapprochée parmi les suivantes : (1) le 26 juin 2015 (cette prescription peut être prolongée jusqu'au mois d'août si l'élève suit des cours d'été du Département de l'Éducation de la Ville de New York) ; ou (2) une date me donnant le temps de fournir, au chef de l'établissement scolaire, ou à son(ses) représentant(s), une nouvelle ordonnance ou les instructions du médecin de mon enfant pour l'administration des soins prescrits susmentionnés.

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 souhaite que mon enfant bénéficie des soins médicaux correspondant aux données et consignes contenues dans ce formulaire. Je sais qu'il est de ma responsabilité de fournir tous les équipements et produits nécessaires pour administrer le traitement médical prescrit demandé ci-dessus (non-médicamenteux).

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.

J'autorise, par la présente, le Département de l'Éducation et le *DOHMH*, et leurs employés et mandataires, à contacter, consulter tout prestataire de soins médicaux (médecin et/ou spécialiste) et/ou pharmacien et à obtenir, ainsi, tout complément d'information considéré pertinent sur l'état de santé de mon enfant, ses médicaments et/ou traitement(s).

Signature de la mère/du père ou tuteur de l'élève	Prénoms et nom du parent/tuteur en caractères d'imprimerie
Signé le ___/___/____ (mois/jour/année)	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 À L'USAGE DU DOE ET DU DOHMH			
Student Last Name	First Name	MI	OSIS No: _____
Received by: Name	Date ___/___/____	Reviewed by: Name	Date ___/___/____
Referred to School 504 Coordinator: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Services provided by: <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> DOHMH Public Health Advisor <input type="checkbox"/> School Based Health Center <input type="checkbox"/> DOE School Staff			
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 ___/___/____	

