



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

Provider Treatment Order Form | Office of School Health | School Year **2018-2019**
DUE: JULY 15th. Forms submitted after July 15th may delay processing for new school year.

Student Last Name	First Name	Middle	Date of birth ___/___/____ <small>MM DD YYYY</small>	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female
OSIS Number _____					
School (include name, number, address and borough)			DOE District	Grade	Class

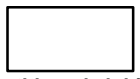
HEALTHCARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

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 ____Fr.
<input type="checkbox"/> Central Venous Line
<input type="checkbox"/> G-Tube Feeding*: <input type="checkbox"/> Bolus <input type="checkbox"/> Pump <input type="checkbox"/> Gravity Cath Size ____Fr.
<input type="checkbox"/> J-Tube Feeding*: <input type="checkbox"/> Bolus <input type="checkbox"/> Pump <input type="checkbox"/> Gravity Cath Size ____Fr.
<input type="checkbox"/> Naso-Gastric Feeding* Cath Size ____Fr.
<input type="checkbox"/> Specialized/Non-Standard Feeding* Cath Size ____Fr.
<input type="checkbox"/> Feeding Tube replacement if dislodged - specify in area below
<input type="checkbox"/> Oral / Pharyngeal Suctioning Cath Size ____Fr. | <input type="checkbox"/> Tracheostomy Care Trach. Size ____.
<input type="checkbox"/> Trach. suctioning Cath. Size ____Fr.
<input type="checkbox"/> Trach replacement - specify in area below
<input type="checkbox"/> Oxygen Administration - specify in area below
<input type="checkbox"/> Pulse Oximetry monitoring
<input type="checkbox"/> Vagus Nerve Stimulator
<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

Student Skill Level (Select the most appropriate option):

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer treatment
- Supervised Student: student self-administers under adult supervision
- Independent Student: student is self-carry/self-administer:



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-10 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
 * Please note that parent prepared feeding or nurse prepared feeding, i.e. mixing powder with water, must receive approval from the Director/Deputy Director of Nursing
 Oxygen administration: _____
Amount (L) Route Frequency/specific time(s) of administration O2 Sat < _____% 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 or blockage 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 (Please Print)	LAST NAME	FIRST NAME	Signature
Address		Tel. No. (____) _____ - _____	Fax. No (____) _____ - _____
E-mail address		Cell phone (____) _____ - _____	
NYS License No (Required) ____ - _____		NPI No. _____	Date ___/___/____

의료 처방 치료 (비약물)에 대한 제공 요청

주치의 치료 지시 양식 | 학교 보건 담당실 | 2018-2019 학년도

제출 마감일: 7월 15일, 7월 15일 이후 양식을 제출할 경우 신학년도 서비스 제공이 지연될 수 있습니다.

학부모/보호자께서는 아래 서명해 주십시오

저는 이에 서명함으로써 다음 내용에 동의합니다:

1. 저는 제 자녀의 의약품, 장비 및 처방된 처치가 의사 지시에 따라 학교에서 보관되고 투약하는 것에 동의합니다.
2. 저는 다음을 이해합니다:
 - 제 자녀의 의약품, 관련 장비 및 치료물품은 반드시 제가 학교 간호사에게 제공해야 합니다.
 - **제가 학교에 제공하는 모든 의약품은 개봉되지 않은 새 제품으로 제품 본래의 병이나 박스에 담긴 것이어야 합니다.** 제 자녀가 학교 외의 장소나 견학 등에서 사용할 수 있도록 별도의 약물을 준비하겠습니다.
 - 의약품, 장비 및 치료물품에는 제 자녀의 성명 및 생년월일이 적힌 라벨을 부착해야 합니다.
 - 제 자녀의 치료나 주치의의 지시 내용에 변동이 있을 경우 저는 **즉시** 학교 간호사에게 이 사실을 알려야 합니다.
 - 학교 보건 담당실(OSH) 및 제 자녀에게 보건 서비스(들)를 제공하는 그 대행기관들은 본 양식의 정확성에 의존하고 있습니다.
 - 본 양식에 서명함으로써, OSH는 제 자녀에게 보건 서비스를 제공할 수 있습니다. 이러한 서비스에는 OSH 의사 또는 간호사가 실시하는 임상평가나 신체 검사 등이 포함될 수 있습니다.
 - 본 양식에 명시된 치료 지시의 시효는 제 자녀의 학년도(써머 세션 포함 가능)말, 또는 제가 학교 간호사에게 신규 양식을 제공하는 시점(둘 중에 더 빠른 시점)을 기준으로 종료됩니다.
 - 본 양식은 저의 동의 및 본 양식에 명시된 의료 서비스 요청을 대변합니다. 그러나 이것은 OSH에서 요청된 서비스를 제공하는 것에 동의함을 뜻하지는 않습니다. 만약 OSH에서 이러한 서비스를 제공하기로 결정한 경우, 제 자녀는 학생 조정 계획도 필요하게 될 것입니다. 이 계획은 학교에서 작성합니다.
 - OSH는 제 자녀의 상태나 투약 또는 치료에 관해 필요하다고 생각되는 추가 정보를 입수할 수 있습니다. OSH는 이러한 정보를 제 자녀에게 보건 서비스를 제공한 적이 있는 그 어떤 의사, 간호사, 약사로부터도 입수할 수 있습니다.
 - 학교 간호사가 없을 경우, 학교에서는 제가 학교에 직접 가서 제 자녀에게 치료하도록 연락할 수 있습니다.

약물 자가 투여:

- 저는 제 자녀가 혼자서 처치할 수 있도록 완전하게 훈련 받았음을 인증/확인합니다. 저는 제 자녀가 본 양식에 명시된 치료물품을 혼자서 학교에 가져가고, 보관하고 처치하는 것에 동의합니다. 저는 상기 명시된 라벨이 붙은 치료물품과 장비를 제 자녀에게 제공하는 것에 관한 온전한 책임을 지고 있습니다. 또한 저는 제 자녀의 치료 모니터 및 자녀가 학교에서 자가치료함으로써 야기되는 모든 결과에 대한 책임을 지겠습니다. 학교 간호사는 제 자녀가 스스로 처치할 수 있는 능력에 관해 확인해 줄 것입니다. 또한 저는 제 자녀가 자가 치료를 하지 못할 경우에 대비하여 학교에 명확하게 라벨이 붙은 추가의 "비상용" 장비나 물품을 제공하는 것에 동의합니다.
- 저는 제 자녀가 일시적으로 자가치료를 하지 못할 때를 대비하여 학교 간호사나 훈련된 학교 직원이 치료 물품을 보관하고 처치하는 것에 동의 합니다.

부모 또는 간호사가 준비한 튜브 흡입용 음식물, 예. 물과 혼합된 분유 등은 반드시 냉상 디렉터/부디렉터로부터 승인을 받아야만 합니다.

학생 성	이름	미들네임	생년월일	학교	
학부모/보호자 성명 인쇄체로 기입			여기에 서명 →	학부모/보호자의 서명	
학부모/보호자의 주소			서명일		
전화번호: 주중		자택	휴대전화 번호		
학부모/보호자 이메일 주소					
기타 비상 연락 정보			비상시 연락 전화번호:		

For Office of School Health (OSH) Use Only / 학교 보건 담당실(OSH) 작성란

OSIS Number:			
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/NP		<input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor	<input type="checkbox"/> School Based Health Center <i>(For supervised students only)</i>
Signature and Title (RN OR SMD):		Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison	
Revisions as per OSH contact with prescribing health care practitioner <input type="checkbox"/> Modified <input type="checkbox"/> Not Modified			

*기밀 정보는 이메일로 보내지 마십시오