

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

OFFICE OF SCHOOL HEALTH - School Year 2016-2017

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF ORDERS**СОГЛАСИЕ/РАЗРЕШЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ/ОПЕКУНОВ**

Настоящим я разрешаю проводить ребенку предписанные медицинские процедуры в соответствии с прилагаемыми инструкциями его лечащего врача. Я понимаю, что мне требуется обеспечивать школу всеми необходимыми средствами и материалами, а также незамедлительно уведомлять школьную медсестру обо всех изменениях вышеперечисленных предписаний и инструкций.

Я понимаю, что данное разрешение действительно до конца летней учебной программы Департамента образования (DOE) или до момента представления мной школьной медсестре нового рецепта или инструкций от лечащего врача в отношении наблюдения и лечения (в зависимости от того, что наступит ранее).

Подавая настоящий запрос на предписанное немедикаментозное лечение, я прошу DOE и Департамент здравоохранения г. Нью-Йорка (DOHMH) об обеспечении ребенку конкретных медицинских услуг через отдел школьного здравоохранения (OSH). Настоящий запрос содержит детальные инструкции по предоставлению указанных выше медицинских услуг. Я понимаю, что DOE, DOHMH, их представители и сотрудники, причастные к оказанию вышеуказанных медицинских услуг, полагаются на достоверность приведенной мной информации.

Я знаю, что данная форма не является договором с DOE и DOHMH об оказании запрашиваемых услуг, а представляет собой мой запрос, согласие и разрешение на эти услуги. При установлении необходимости этих услуг учащемуся может потребоваться план адаптации (Student Accommodation Plan), который будет составлен школой.

Я понимаю, что настоящим я разрешаю DOE, DOHMH, их сотрудникам и представителям обращаться за консультациями и необходимой им дополнительной информацией о состоянии здоровья ребенка, его лекарствах и/или процедурах к любым поставщикам медицинских и/или фармацевтических услуг для ребенка.

****САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ПРОВЕДЕНИЕ ПРОЦЕДУР: Проставьте ниже свои инициалы в случае самостоятельного проведения ребенком прописанных процедур**

_____ Настоящим я подтверждаю, что мой ребенок обучен и способен самостоятельно проводить прописанные процедуры. Я также разрешаю ребенку самостоятельно проводить вышеописанные процедуры в школе. Мне известно, что я несу ответственность за обеспечение ребенка необходимыми средствами и материалами в упаковках с надлежащими этикетками, за полный и всесторонний контроль их использования ребенком, а также за все без исключения последствия проведения процедур в школе. Я понимаю, что школьная медсестра удостоверяет способность ребенка самостоятельно и ответственно проводить процедуры в школе. Я также согласен(сна) предоставить запасные средства и материалы в упаковке с разборчиво надписанной этикеткой для хранения в медицинском кабинете на случай нехватки у ребенка препарата для самостоятельного приема.

_____ Я разрешаю школьной медсестре хранить средства и материалы и проводить процедуру в случае временной утраты ребенком способности хранить и применять средства и материалы самостоятельно.

Подпись родителя/опекуна	Имя и фамилия родителя/опекуна (печатными буквами)
Дата подписания ___ / ___ / _____	Адрес родителя/опекуна
Телефоны: Дневной (____) _____ - _____ Домашний (____) _____ - _____ Мобильный* (____) _____ - _____	
Другое контактное лицо для срочной связи	Телефон контактного лица (____) _____ - _____

ДЛЯ СЛУЖЕБНЫХ ОТМЕТОК - НЕ ПИШИТЕ НИЖЕ (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	
					MM	DD	YYYY	<input type="checkbox"/> Female	
	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"/> Tracheostomy Care Trach. Size _____ | <input type="checkbox"/> Ostomy Care |
| <input type="checkbox"/> Central Venous Line | <input type="checkbox"/> Trach. suctioning Cath. Size _____ | <input type="checkbox"/> Chest Clapping |
| <input type="checkbox"/> Gastrostomy/Jejunostomy Feeding: <input type="checkbox"/> Bolus <input type="checkbox"/> Pump <input type="checkbox"/> Gravity | <input type="checkbox"/> Trach replacement - specify in area below | <input type="checkbox"/> Percussion |
| <input type="checkbox"/> FeedingTube replacement if dislodged - specify in area below | <input type="checkbox"/> Oxygen Administration | <input type="checkbox"/> Postural Drainage |
| <input type="checkbox"/> Naso-Gastric Feeding | <input type="checkbox"/> Pulse Oximetry monitoring | <input type="checkbox"/> Dressing Change |
| <input type="checkbox"/> Specialized/Non-Standard Feeding | <input type="checkbox"/> Other: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Oral / Pharyngeal Suctioning | | |

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: _____ _____

prn _____

_____	_____	_____	_____
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.