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

PROVIDER TREATMENT ORDER FORM— OFFICE OF SCHOOL HEALTH - School Year 2017-2018

ATTACH STUDENT PHOTO HERE	**Student** Last Name First Name Middle	**Date of birth** __/__/____ MM DD YYYY	☐ Male ☐ Female
	School (include name, number, address and borough)	**OSIS Number** __ __ _____	
		DOE District ___ ___ / **Grade** / **Class**	

Health Care Practitioner's Statement/Order

ONE ORDER PER FORM (make copies of this from for additional orders). Attach prescription(s) / additional sheet(s) if necessary to provide requested information and medical authorization.

☐ Clean Intermittent Catheterization Cath Size _____Fr.
☐ Central Venous Line
☐ G-Tube Feeding*: ☐ Bolus ☐ Pump ☐ Gravity Cath Size _____Fr.
☐ J-Tube Feeding*: ☐ Bolus ☐ Pump ☐ Gravity Cath Size _____Fr.
☐ Naso-Gastric Feeding* Cath Size _____Fr.
☐ Specialized/Non-Standard Feeding* Cath Size _____Fr.
☐ Feeding Tube replacement if dislodged - specify in area below
☐ Oral / Pharyngeal Suctioning Cath Size _____Fr.
☐ Tracheostomy Care Trach. Size _____.
☐ Trach. suctioning Cath. Size _____Fr.
☐ Trach replacement - specify in area below
☐ Oxygen Administration - specify in area below
☐ Pulse Oximetry monitoring
☐ Other: _____
☐ Ostomy Care
☐ Chest Clapping
☐ Percussion
☐ Postural Drainage
☐ Dressing Change

Student will also require treatment: ☐ during transport ☐ on school-sponsored trips ☐ during afterschool programs

* 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

Select the most appropriate option for this student:

☐ Nurse-Dependent Student: nurse must administer treatment
☐ Supervised Student: student self-administers under adult supervision
☐ Independent Student: student is self-carry/self-administer: **PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE**

_____ **Practitioner's initials**	I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed treatment effectively for school/field trips/school-sponsored events

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: _____ (Amount (L)) _____ (Route) ☐ _____ (Frequency/specific time(s) of administration) ☐ prn ☐ O2 Sat < _____% ☐ _____ (Specify Symptoms)

Other Treatment: _____ (Treatment Name) _____ (Route) ☐_____ (Frequency/specific time(s) of administration) ☐ prn_____ (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)** __ - __ __ __ __ __	NPI No __ __ __ __ __ __ __ __ __ __	Date __/__/____

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS

FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT

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

PROVIDER TREATMENT ORDER FORM— OFFICE OF SCHOOL HEALTH - School Year 2017-2018

The Following Section To Be Completed By Student's Parent/Guardian

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

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

*** Примите во внимание, что для приготовления питания, в т.ч. путем разбавления готовой смеси водой, родитель или медсестра должны получить разрешение районного директора/заместителя директора по медперсоналу.**

ПОДПИСЬ ЗДЕСЬ

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

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
☐ **504** ☐ **IEP** ☐ **Other**		**Referred to School 504 Coordinator**: ☐ Yes ☐ No	
Services provided by: ☐ Nurse ☐ OSH Public Health Advisor ☐ School Based Health Center			
Self-Directs Treatment: ☐ Yes ☐ 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.			

*Confidential information should not be sent by e-mail.