



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 ___/___/___ MM DD YYYY	<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"/> Tracheostomy Care Trach. Size ____. | <input type="checkbox"/> Ostomy Care |
| <input type="checkbox"/> Central Venous Line | <input type="checkbox"/> Trach. suctioning Cath. Size ____Fr. | <input type="checkbox"/> Chest Clapping |
| <input type="checkbox"/> G-Tube Feeding*: <input type="checkbox"/> Bolus <input type="checkbox"/> Pump <input type="checkbox"/> Gravity Cath Size ____Fr. | <input type="checkbox"/> Trach replacement - specify in area below | <input type="checkbox"/> Percussion |
| <input type="checkbox"/> J-Tube Feeding*: <input type="checkbox"/> Bolus <input type="checkbox"/> Pump <input type="checkbox"/> Gravity Cath Size ____Fr. | <input type="checkbox"/> Oxygen Administration - specify in area below | <input type="checkbox"/> Postural Drainage |
| <input type="checkbox"/> Naso-Gastric Feeding* Cath Size ____Fr. | <input type="checkbox"/> Pulse Oximetry monitoring | <input type="checkbox"/> Dressing Change |
| <input type="checkbox"/> Specialized/Non-Standard Feeding* Cath Size ____Fr. | <input type="checkbox"/> Vagus Nerve Stimulator | |
| <input type="checkbox"/> Feeding Tube replacement if dislodged - specify in area below | <input type="checkbox"/> Other: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Oral / Pharyngeal Suctioning Cath Size ____Fr. | | |

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 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 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 ___/___/____

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

Formulaire de prescription médicale du prestataire—Bureau de la santé scolaire—Année scolaire 2018-2019

DATE LIMITE DE DÉPÔT : 15 JUILLET. Les formulaires présentés après le 15 juillet pourraient causer du retard dans leur traitement pour la nouvelle année scolaire.

PARENTS/TUTEURS RENSEIGNEZ LES RUBRIQUES CI-APRÈS

En apposant ma signature ci-après, je conviens de ce qui suit :

1. Je consens à ce que le matériel et les équipements médicaux ainsi que les traitements à prodiguer à mon enfant soient gardés et lui soient administrés dans l'établissement selon les instructions de son médecin.
2. Je sais que :
 - Je dois faire part à l'infirmier(ère) de l'école du traitement recommandé pour mon enfant, et lui donner le matériel, les équipements médicaux pour l'administration du dit-traitement.
 - **Tout matériel que je remets à l'école doit être nouvellement acheté et non-entamé, gardé dans l'emballage (flacon ou boîte) que je l'ai acheté.** Je me procurerai d'autre matériel à l'usage de mon/ma fils/fille lorsqu'il/elle n'est pas en classe ou lorsqu'il/elle va en sortie scolaire.
 - Le matériel, les équipements et toute médication doivent être parés d'une étiquette sur laquelle seront inscrits le nom de mon enfant ainsi que sa date de naissance.
 - Je dois **tout de suite** rapporter à l'infirmier(ère) de l'école tout changement ayant trait au médicament de mon enfant ou aux instructions de son médecin.
 - Le Bureau de la santé scolaire (OSH) et le personnel de ce bureau offrant les encadrements ci-dessus mentionnés à mon enfant s'en tiennent à l'exactitude des informations portées sur ce formulaire.
 - En signant ce formulaire, l'OSH peut fournir des soins médicaux à mon enfant. Au nombre de ces services on peut inclure une évaluation clinique et un examen médical par un professionnel de santé ou un infirmier de l'OSH.
 - L'ordonnance inscrite sur ce formulaire pour mon enfant expire à la fin de l'année scolaire. Il se peut qu'à cette période on ajoute la session d'été, ou le temps inscrit sur le nouveau formulaire lorsque j'en donne un à l'infirmier(ère) de l'école (selon l'évènement survenant le premier).
 - Ce formulaire fait état de mon consentement et la requête que je fais pour qu'on offre les services médicaux inscrits sur le dit formulaire. Il ne s'agit pas de l'acquiescement de l'OSH pour l'administration des services demandés. Si l'OSH se décide à les administrer, il se peut également qu'il soit nécessaire qu'on fasse pour mon enfant un Plan scolaire d'aménagements. L'établissement scolaire mettra au point ce plan.
 - L'OSH est en droit d'obtenir toute autre information qu'il estime nécessaire relative aux problèmes de santé, médicaments ou au traitement de mon enfant. Il peut recueillir ces informations de tout professionnel de la santé, d'infirmier, ou de pharmacien ayant offert des services à mon enfant.
 - Si l'infirmier(ère) de l'école n'est pas disponible, il se peut que l'école me contacte pour me demander de m'y rendre pour offrir des soins à mon enfant.

PRISE DE MÉDICAMENT(S) AUTONOME :

- Je déclare/j'atteste que j'ai dûment appris à mon enfant comment effectuer le traitement dont il a besoin. Je consens à ce que mon enfant ait dans son cartable à l'école la médication qui lui a été prescrite sur ce formulaire, qu'il la conserve et se l'administre. J'ai la responsabilité de donner à mon enfant ce matériel et ces équipements soumis à l'étiquetage comme décrit plus haut. Je dois également faire un suivi de la médication de mon enfant, et de toutes les réactions qui surviennent après que mon enfant se soit administré son traitement à l'école. L'infirmier(ère) attestera de l'aptitude de mon enfant à effectuer son traitement lui-même. Je consens également à donner au personnel de l'établissement le matériel de réserve muni d'une étiquette bien lisible au cas où mon/ma fils/fille ne pourrait pas s'administrer le traitement.
- J'accepte que l'infirmier(ère) de l'école ou tout membre du personnel ayant eu la formation requise, garde sous clé le matériel médicamenteux et administre des soins à mon enfant s'il ne peut pas à ce moment-là le faire.

Les aliments préparés par les parents ou les infirmiers(ères), en l'occurrence mélange de poudre et d'eau, doivent être contrôlés pour qu'ils soient approuvés par le directeur/directeur adjoint des soins infirmiers.

Nom de l'élève	Prénom	N° 2 ^d Prén.	Date de naissance	École
Nom du parent/tuteur en caractères d'imprimerie			SIGNEZ ICI →	
Adresse du parent/tuteur de l'élève			Signature du parent/tuteur	
			Signé le	
Numéros de téléphone : En journée		Domicile		Tél. portable
Adresse électronique de la mère/du père/tuteur de l'élève				
Nom d'une autre personne à contacter en cas d'urgence			Numéro de téléphone d'autre personne à contacter :	

For Office of School Health (OSH) Use Only / Réserve à l'usage du personnel d'OSH

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 <i>(For supervised students only)</i>	<input type="checkbox"/> School Based Health Center
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			

*Il est déconseillé d'envoyer des informations confidentielles par courrier électronique