DOE/DOHMH کے استعمال کے لئے
:FOR DOE/DOHMH USE
IEP □ OTHER □ 504 □

طبی طور پر مجوزہ علاج (غیر ادویاتی) کے اہتمام کی گزارش
تعلیمی سال 2013-2014

طالب علم کا نام: آخری:_____ پہلا: _____ درمیانہ: _____

لڑکا: _____ لڑکی: _____ تاریخ پیدائش :_____ آئی ڈی نمبر: _____

برو: _____ ضلع: _____ اسکول:_____ گریڈ:_____ کلاس: _____

اسکول کا پتہ:_____ زپ کوڈ:_____

Part I: Physician's Statement/Order
(Attach prescription(s)/additional sheet(s) if necessary to provide requested information and medical authorization).

Chest Clapping
Percussion
Postural Drainage
Dressing Change

Tracheostomy Care
Oral/Pharyngeal Suctioning
Oxygen Administration
Ostomy Care

Clean Intermittent Catheterization
Central Venous Line
Gastrostomy Feeding
Naso-Gastric Feeding

Other_____

1. Diagnosis/ICD-9 code _____
2. Treatment required in school _____
3. Specific instructions for providing treatment _____
4. Frequency/time to be provided _____
5. Conditions under which treatment should not be provided _____
6. Date(s) when treatment should be initiated _____terminated _____
7. Possible side effects/adverse reactions to treatment _____
8. Specific instructions for non-medical school personnel in case of adverse reactions _____
9. Specific instructions for nurse (if one is assigned and present) in case of adverse reactions
10. Diagnosis is substantially controlled with provision of medically prescribed treatment Yes _____ No_____
11. Diagnosis is self- limited Yes _____ No_____

Physician's Name (Print)	Physician's Signature	
Physician/Clinic's Address	NYS Registration No.	Medicaid No.
Zip Code	NPI No.	
Physician/Clinic's Telephone No	Physician/Clinic's Fax No.	Date Signed

FOR DOE/DOHMH USE: Revisions as per DOE/ DOHMH contact with prescribing physician (DOE/DOHMH کے استعمال کے لئے)

_____

_____

_____

طبی طور پر مجوزہ علاج کا اہتمام:
والدین / سرپرست کی اجازت اور اختیار نامہ
2013-2014

میں بذریعہ ھذا اپنے بچے کے معالج کی منسلکہ ہدایات کے مطابق طبی طور پر مجوزہ علاج کے انتظام کی اجازت دیتا ہوں- میں جانتا ہوں کہ مجھے تمام ضروری ساز و سامان اور رسد فراہم کرنی ہے اور یہ کہ مجھے مذکورہ بالا نسخہ یا ہدایات میں کسی بھی تبدیلی کے بارے میں پرنسپل اور / یا اسکے نامزد فرد (افراد)، خاص کر اسکول نرس کو فوراً اطلاع دینا ضروری ہے-

میں جانتا ہوں کہ یہ اختیار نامہ درج ذیل میں سے اسی وقت تک معتبر ہے جو پہلے واقع ہو: میں جانتا ہوں کہ یہ اختیار نامہ درج ذیل میں سے اسی وقت تک معتبر ہے جو پہلے واقع ہو: (1) 27 جون، 2014 (اگر طالب علم نیو یارک شہر محکمہء تعلیم ("محکمہ") کے کفالت کردہ موسمِ گرما کے تدریسی پروگرام میں حصہ لے رہا ہو تو اس نسخہ کو اگست تک بڑھایا جا سکتا ہے؛ یا (2) اس وقت تک جب تک کہ میں اوپر مذکورہ تجویز کیے گئے علاج کے متعلق اپنے بچے کے معالج کے ذریعہ جاری نیا نسخہ یا نئی ہدایات پرنسپل یا اسکے نامزد فرد (افراد) کو نہ پہنچا دوں-

طبی طور پر مجوزہ علاج (غیر ادویاتی) کے اہتمام کی گزارش کا یہ فارم جمع کرکے میں یہ گزارش کر رہا ہوں کہ محکمہ اور نیو یارک شہر محکمہء صحت اور دماغی صحت ("DOMHMH")، اسکول کا دفتر صحت ("OSH") کے ذریعے میرے بچے کو مخصوص صحتی خدمات فراہم کرے- دوا کے اس فارم میں اوپر مطلوبہ صحتی خدمت (خدمات) کے اہتمام کے متعلق تفصیلی اور مکمل معلومات اور ہدایت (ہدایات) شامل ہیں- میں سمجھتا ہوں کہ اوپر مطلوبہ صحتی خدمت (خدمات) کے اہتمام کے لیے محکمہ، DOHMH اور انکے ایجنٹس، اور ملازمین اس فارم میں فراہم کی گئی معلومات اور ہدایات کی درستگی پر انحصار کر رہے ہیں- میرا مقصد یہ ہے کہ میرے بچے کو ان معلومات اور ہدایات کے مطابق صحتی خدمت (خدمات) فراہم کی جائیں گی جو میں نے اس فارم میں فراہم کی ہیں- میں جانتا ہوں کہ اوپر مطلوبہ طبی مجوزہ غیر ادویاتی علاج کے انتظام کے لئے ضروری تمام آلات اور ساز و سامان فراہم کرنے کے لئے میں ذمہ دار ہوں-

میں یہ سمجھتا ہوں کہ یہ فارم مطلوبہ خدمات فراہم کرنے کے لئے محکمہء تعلیم یا DOHMH کا معاہدہ نہیں ہے بلکہ یہ ایسی خدمات کے لئے میری گزارش، اجازت اور اختیار نامہ ہے- اگر یہ تعین کیا جاتا ہے کہ یہ خدمات لازمی ہیں، تو طالب علم کے لئے سہولیات مہیا کرنے کا ایک منصوبہ بھی ضروری ہو سکتا ہے اور اسے اسکول کے ذریعہ مکمل کیا جائے گا-

میں بذریعہ ھذا محکمہء یا (DOHMH) ان کے ملازمین اور ایجنٹس کو یہ اجازت دیتا ہوں کہ وہ کسی بھی حفظان صحت فراہم کنندہ اور/ یا دوا فروش سے میرے بچے کی طبی کیفیت، دوا اور / یا علاج کے متعلق رابطہ، مشورہ کرسکتے ہیں اور ان کے متعلق ایسی مزید معلومات حاصل کر سکتے ہیں جو ان کو مناسب لگیں-

براہ کرم نیچے والدین / سرپرست کا نام اور پتہ جلی حروف میں لکھیں:

_____ _____
والدین / سرپرست کے دستخط

_____ _____
دستخط کی تاریخ

_____ _____
دن کے وقت کا فون نمبر / گھر کا فون نمبر

(نیچے کچھ نہ لکھیں – یہ صرف DOE اور DOHMH کے استعمال کے لئے ہے)
(FOR DOE AND DOHMH ONLY)

Student's Name: _____ OSIS No : _____

Received by: _____ _____ Reviewed by: _____ _____
Name Date Name Date

Referred to School 504 Coordinator: ☐ Yes ☐ No

Services provided by:
☐ Nurse ☐ DOHMH Public Health Adv. ☐ School Based Health Center ☐ DOE School Staff

Self-Directs Treatment: ☐ Yes ☐ No

Signature and Title : _____ _____
(RN OR SMD) (Date school notified and form forwarded to DOE liaison(

13-14