

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

পিতামাতা/অভিভাবকের সম্মতি

আমি এইমর্মে আমার সন্তানের চিকিৎসক কর্তৃক প্রদত্ত সংযুক্ত নির্দেশনার সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ ডাক্তারি ব্যবস্থাপত্র অনুযায়ী চিকিৎসা প্রদানের নিয়মের অনুমোদন দিচ্ছি। আমি জানি অনুরোধকৃত চিকিৎসা পূর্ববর্তী সকল প্রয়োজনীয় যন্ত্রপাতি এবং সরঞ্জাম প্রদান আমার দায়িত্ব, এবং আমাকে উপরে উল্লিখিত প্রেসক্রিপশনে অথবা নির্দেশনায় যেকোন পরিবর্তন অবশ্যই অতিসত্বর নার্সকে জানাতে হবে।

আমি জানি যে, এই সম্মতি শুধুমাত্র নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অফ এডুকেশন (“ডিওই”) কর্তৃক আয়োজিত সামার শিক্ষা কর্মসূচির সেশনের জন্য বৈধ; অথবা ঐ সময় পর্যন্ত যখন আমি স্কুল নার্সের কাছে আমার সন্তানের স্বাস্থ্য প্রযুক্তি প্রদানকারী কর্তৃক ইস্যুকৃত (যেটিই আগে হোক না কেন) নতুন শিক্ষানির্দেশনা না প্রদান করি।

এই রিকোয়েস্ট ফর প্রভিশন অফ মেডিক্যালি প্রেসক্রাইবড ড্রিগস (নন-মেডিকেশন) ফরম জমা দিয়ে আমি অনুরোধ করছি যে, আমার সন্তানকে যেন ডিপার্টমেন্ট এবং নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ অ্যান্ড মেন্টাল হাইজেন (“ডিওইচএমএইচ”)-এর অফিস অব স্কুল হেলথ (“ওএসএইচ”)-এর মাধ্যমে সুনির্দিষ্ট স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদান করা হয়। উপরে অনুরোধকৃত স্বাস্থ্যপরিষেবা সংক্রান্ত বিধানের সম্পূর্ণ নির্দেশনা এই ফরমের অন্তর্ভুক্ত আছে। আমি জানি যে, ডিপার্টমেন্ট, ডিওইচএমএইচ এবং তাদের এজেন্টগণ, এবং উপরে অনুরোধকৃত স্বাস্থ্যপরিষেবা সংক্রান্ত বিধানের সাথে সংশ্লিষ্ট কর্মচারীরা এই ফরম-এ প্রদত্ত তথ্যের যথার্থতার উপর নির্ভর করেন।

এই ফরমটি যে অনুরোধকৃত পরিষেবা প্রদানের জন্য ডিপার্টমেন্ট বা ডিওইচএমএইচ-এর কোন চুক্তি নয়, কিন্তু এটি বরং এসব পরিষেবার জন্য আমার অনুরোধ, সম্মতি এবং অনুমোদন। যদি স্থির করা হয় যে এসব পরিষেবা আবশ্যিক, একটি স্টুডেন্ট অ্যাকোমোডেশন প্ল্যান তৈরিও (শিক্ষার্থীর জন্য পরিকল্পিত বাড়তি সুযোগ) প্রয়োজনীয় হতে পারে এবং তা স্কুল কর্তৃক সম্পাদিত হবে।

আমি জানি যে, ডিপার্টমেন্ট অথবা ডিওইচএমএইচ, এবং তাদের কর্মচারী ও এজেন্টগণকে প্রয়োজন মনে করলে আমার সন্তানের শারীরিক অবস্থা, ঔষধ এবং/অথবা চিকিৎসা সংক্রান্ত বিষয়ে আমার সন্তানের চিকিৎসা বা স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী এবং/অথবা ফার্মাসিস্টদের সাথে যোগাযোগ, আলোচনা ও বাড়তি তথ্য সংগ্রহ করার অনুমোদন দিচ্ছি।

****নিজে দেয়া ঔষধ: শিক্ষার্থী কর্তৃক স্ব-চিকিৎসা প্রদানের জন্য এই প্যারাগ্রাফটি আপনার নামের অদ্যক্ষর দিয়ে স্বাক্ষর করুন**

_____ আমি এই মর্মে প্রত্যয়ন করছি যে আমার সন্তানকে ব্যবস্থাপত্রে প্রদত্ত ঔষধ নিজে নিজে প্রয়োগ সম্পর্কে সম্পূর্ণ নির্দেশনা দেওয়া হয়েছে। এছাড়াও আমি আমার সন্তানকে স্কুলে উপরোক্ত চিকিৎসা নির্দেশিত ঔষধ নিজে নিজে ব্যবহার করার অনুমোদন দিচ্ছি। আমি স্বীকার করছি যে আমি আমার সন্তানকে এ ধরনের ঔষধের পাত্রের গায়ে উপরে প্রদত্ত বর্ণনা অনুযায়ী লেবেল লাগানোর জন্য, আমার সন্তানের পৃথকভাবে প্রত্যেকটির এবং সবগুলোর ব্যবহার নজরদারি করার জন্য, একই সাথে স্কুলে পৃথকভাবে প্রত্যেকটির এবং সবগুলোর এ ধরনের ব্যবহারের ফলে সংঘটিত কোন অবস্থার জন্য আমি নিজেই দায়বদ্ধ থাকবো। আমি জানি যে স্কুল নার্স স্কুলে আমার সন্তানের ঔষধ বহনে সক্ষমতা আছে কি না এবং সে স্কুলে তা দায়িত্বশীলতার সাথে করতে পারবে কি না, তা নিশ্চিত হবেন। তদুপরি, আমার সন্তানের কাছে নিজে নিজে সেবন করার ঔষধে যাতে কখনও ঘাটতি না পড়ে, সেজন্য আমি মেডিকেল রুমে রাখার জন্য একটি স্পষ্ট লেবেলযুক্ত বোতলে “মওজুদ” ঔষধ দিতে সম্মতি প্রকাশ করছি।

_____ আমি স্কুলের স্কুল নার্সকে অনুমোদন দিচ্ছি যে, কোন কারণে যদি আমার সন্তান নিজের কাছে ঔষধ বহন করতে ও সেবন করতে ব্যর্থ হয়, তখন তারা আমার সন্তানের এ ধরনের ঔষধ সংরক্ষণ করতে এবং/অথবা সেবন করতে পারবেন।

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

OFFICE OF SCHOOL HEALTH - School Year 2016-2017

পিতামাতা/অভিভাবকের সই	পিতামাতা/অভিভাবকের নাম স্পষ্ট হরফে লিখুন
সইয়ের তারিখ ___/___/_____	পিতামাতা/অভিভাবকের ঠিকানা
ফোন নম্বর: দিনের (____)____ - _____ বাড়ি (____)____ - _____ সেল ফোন * (____)____ - _____	
বিকল্প জরুরি যোগাযোগের নাম	বিকল্প যোগাযোগের ফোন নম্বর (____)____ - _____

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 <input type="checkbox"/> Female
					MM DD YYYY	
	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"/> Central Venous Line
<input type="checkbox"/> Gastrostomy/Jejunostomy Feeding: <input type="checkbox"/> Bolus <input type="checkbox"/> Pump <input type="checkbox"/> Gravity
<input type="checkbox"/> Feeding Tube replacement if dislodged - specify in area below
<input type="checkbox"/> Naso-Gastric Feeding
<input type="checkbox"/> Specialized/Non-Standard Feeding
<input type="checkbox"/> Oral / Pharyngeal Suctioning | <input type="checkbox"/> Tracheostomy Care Trach. Size _____
<input type="checkbox"/> Trach. suctioning Cath. Size _____
<input type="checkbox"/> Trach replacement - specify in area below
<input type="checkbox"/> Oxygen Administration
<input type="checkbox"/> Pulse Oximetry monitoring
<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

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: _____ _____

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.