医疗处方治疗提供（Provision of Medically Prescribed Treatment）
申请（非药物使用）
2013-2014 学年

FOR DOE/DOHMH USE:
☐ **504** ☐ **IEP** ☐ **OTHER**

学生姓名：姓氏：_____名字：_____ 中名 _____

男：_____ 女：_____ 出生日期：_____学生身份号码：_____

行政区：_____ 学区：_____学校：_____年级：_____ 班级：_____

学校地址：_____ 邮政编码：_____

第一部分：医生申明/指示
（如有必要，请附上处方/额外説明，提供所要求的资讯及医疗授权）。

清洁间歇性导尿法 (clean intermittent catheterization)
中央静脉导管（Central Venous Line）
胃管餵食（Gastrostomy Feeding）
鼻胃管餵食（Naso-Gastric Feeding）
气切造口护理(Tracheostomy Care)
口/咽抽吸（Oral/Pharyngeal Suctioning）
氧气吸入（Oxygen Administration）
造瘘术护理（Ostomy Care）
拍胸护理（Chest Clapping）
捶拍（Percussion）
体位引流（Postural Drainage）
换纱布（Dressing Change）

其它 _____

1. 诊断/ICD-9 码 _____
2. 在学校所需的治疗 _____
3. 有关提供治疗的具体说明 _____
4. 提供治疗的频率/时间 _____
5. 在何种情况下**不应**提供治疗 _____
6. 应开始治疗的日期_____应結束治疗的日期 _____
7. 对治疗可能产生的副作用/恶性反映 _____
8. 給非医疗学校工作人员关于在有恶性反应时的具体说明_____
9. 给护士（如果有指定专人且此人在场）的具体说明
10. 诊断回应医疗处方的治疗而得到实质性控制 是_____ 否_____
11. 诊断具有自限性 是_____ 否_____

医生姓名（清楚书写） _____ 医生签名 _____

医生/诊所地址 _____ 纽约州注册号码 _____ 医疗援助号码 _____

邮政编码 _____ 全国医疗服务提供者识别码（NPI） _____

医生/诊所电话 _____ 医生/诊所传真 _____ 签名日期 _____

由教育局/健康和心理衛生局填寫（FOR DOE/DOHMH USE）：Revisions as per DOE/ DOHMH contact with prescribing physician

_____

_____

_____

提供医疗处方上注明的治疗
家长/监护人同意和授权
2013-2014 学年

我谨此授权根据随附的我子女医生的说明为我子女提供医疗处方的治疗。我理解，我必须提供所有必需的器械和用品，并且如上述涉及的处方或说明出现任何变化，我必须立即通知校长和/或其指定人员（尤其是学校护士）。

我理解，这一授权的有效期只到以下一个时间（取其中较早的一个时间）爲止：(1) 2014 年 6 月 27 日（如果学生参加一个纽约市教育局资助的暑期教学计划，则该处方可以延长到整个的八月）； 或者 (2) 我给校长或其指定人士和护士送交一则新的处方或由我子女的医生签发的关於上述处方治疗的施用説明的这一时间。

我递交这份「医疗处方治疗提供（Provision of Medically Prescribed Treatment）」的申请（非药物使用）表格，则表明我申请由教育局与纽约市健康和心理卫生局（New York City Department of Health and Mental Hygiene，简称 (DOHMH）通过学校健康办公室（Office of School Health，简称 OSH）给我的子女提供具体健康服务。关於上述健康服务提供之要求的全面和完整的説明列入此表。我理解，与上述要求的健康服务的提供相关的教育局、健康和心理卫生局（DOHMH）及其代理机构和雇员需要本表格所提供资讯的精确性。根据这张表格所提供的资讯和指令让我的子女接受健康服务，完全是我的意愿。我理解，我要负责供应用於提供上述申请之医疗处方的非药物治疗所需的所有器械和用品。

我知道，这一表格并不是教育局以及健康和心理卫生局（DOHMH）提供所申请的服务的同意函，而是我要求这些服务的申请、同意和授权函。如果这些服务被确定为有必要提供，则一份「学生照顾计划」（Student Accommodation Plan ）可能也是有必要的，将由学校填写。

我谨此授权教育局或健康和心理卫生局（DOHMH）及其雇员和代理机构与任何健康服务提供者和/或药剂师联络和协商并获取任何他们认爲与我子女的医疗状况、药物和/或疗法相关的恰当额外资讯。

请在下面用英文填写家长/监护人的姓名和地址：

_____ _____

家长/监护人签名

_____ _____

签名日期

_____ _____

日间电话号码/家庭电话号码

请不要在以下部分书写
(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 学年