

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

والدین / سرپرست کی رضامندی

میں بذریعہ ہذا اپنے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور کی منسلکہ ہدایات کے مطابق طبی طور پر تجویز کردہ دفعات کی اجازت دیتا ہوں۔ میں جانتا ہوں کہ میں درخواست کردہ علاج کی پیش بینی کے لیے تمام آلات اور لوازمات فراہم کرنے کے لیے ذمہ دار ہوں اور میرے بچے کے نسخے یا مذکورہ بالا بیان میں کسی بھی تبدیلی کی صورت میں میرے لیے اسکول نرس کو فوراً مطلع کرنا لازمی ہے۔

میں جانتا ہوں کہ یہ اجازت صرف نیویارک شہر محکمہ تعلیم ("DOE") کے کفالت کردہ موسم گرما کے تدریسی پروگرام کے دورانیے کے دوران یا اس وقت تک مستند ہے جب تک کہ میں مذکورہ بالا نسخے کے استعمال اور علاج کے متعلق اپنے بچے کے معالج کے ذریعہ جاری کردہ نیا نسخہ نئی ہدایات اسکول نرس کو نہ پہنچا دوں (جو بھی پہلے واقع ہو)۔

طبی طور پر مجوزہ علاج (غیر ادویاتی) کے اہتمام کی گزارش کا یہ فارم جمع کر کے میں یہ گزارش کر رہا ہوں کہ محکمہ اور نیو یارک شہر محکمہ صحت اور دماغی صحت ("DOHMH")، اسکول کا دفتر صحت ("OSH") کے ذریعے میرے بچے کو مخصوص صحتی خدمات فراہم کرے۔ اس فارم میں اوپر مطلوبہ صحتی خدمات (خدمات) کے اہتمام کے متعلق تفصیلی اور مکمل معلومات اور ہدایات شامل ہیں۔ میں سمجھتا ہوں کہ اوپر مطلوبہ صحتی خدمات (خدمات) کے اہتمام کے لیے محکمہ اور DOHMH اور انکے ایجنٹس، اور ملازمین اس فارم میں فراہم کی گئی معلومات اور ہدایات کی درستگی پر انحصار کر رہے ہیں۔

میں یہ سمجھتا ہوں کہ یہ فارم مطلوبہ خدمات فراہم کرنے کے لیے محکمہ اور 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 جانتا ہوں کہ محکمہ یا محکمہ صحت اور دماغی صحت (DOHMH) اور، اسکے ملازمین اور ایجنٹس، اور اسکے ملازمین میرے بچے کو طبی یا صحت کی خدمات فراہم کرنے والے کسی بھی منتظم طبی نگہداشت پیشہ ور اور / یا دوا فروش سے میرے بچے کی طبی کیفیت، دوا اور / یا علاج کے متعلق رابطہ اور مشورہ کر سکتے ہیں اور اس کے متعلق ایسی مزید معلومات حاصل کر سکتے ہیں جو ان کو مناسب لگیں۔

**خود سے دوا لینا یا علاج کرنا: طالب علم کے لیے مجوزہ علاج اور ہدات خود دوا لینے کے لیے اس پیرے پر اپنے نام کے حروف لکھیں

میں بذریعہ ہذا یہ تصدیق کرتا ہوں کہ میرے بچے کو اوپر تجویز کیے گئے علاج کو خود کرنے کی مکمل ہدایت دے دی گئی ہے اور وہ اس مجوزہ علاج کو بخوبی کرنے کے قابل ہے۔ میں اپنے بچے کو مزید اجازت دیتا ہوں کہ یہ مذکورہ تجویز کی گئی دوا کو خود سے لے سکتا ہے۔ میں اعتراف کرتا ہوں کہ میں اپنے بچے کو مذکورہ بیان کے مطابق لیبل لگے ہوئے ڈبے میں ایسے آلات فراہم کرنے کا، میرے بچے کے ذریعہ اس علاج کی کسی بھی طرح کی اور مکمل نگرانی کا، میرے بچے پر اسکول میں ہدات خود علاج کرنے کے کسی بھی طرح کے اور تمام نتائج کے لئے ذمہ دار ہوں۔ میں جانتا ہوں اسکول کی نرس میرے بچے کی ذمہ دارانہ انداز میں ہدات خود علاج کرنے کی اہلیت کی تصدیق کرے گی۔ اس کے علاوہ، ایسی صورت میں کہ کبھی میرے بچے کے پاس خود سے لینے کے لئے کافی دوا نہ ہو، تو اس غرض سے میڈیکل روم میں رکھنے کے لئے واضح لیبل والی بوتل میں آلات کی "اضافی مقدار" فراہم کرنے کے لئے میں راضی ہوں۔

اس کو خود سے لینے کے لیے عارضی طور پر قابل نہ ہونے کی صورت میں اسکول نرس کو ایسے آلات کا ذخیرہ کرنے اور / یا میرے بچے کو دینے کی اجازت دیتا ہوں۔

والدین / سرپرست کے دستخط	والدین / سرپرست کا نام جلی حروف میں
دستخط کی تاریخ ____ / ____ / ____	والدین / سرپرست کا پتہ
ٹیلیفون نمبر: ____ (____) - ____ (____) - ____ (____) گھر ____ (____) - ____ (____) سیل فون * ____ (____) - ____ (____)	
ہنگامی صورت میں متبادل رابطہ فرد کا نام	رابطے کا ٹیلیفون نمبر ____ (____) - ____ (____)

ذیل میں تحریر نہ کریں صرف دفتر برائے اسکولی صحت کے استعمال کے لیے DO NOT WRITE BELOW – FOR OFFICE OF SCHOOL HEALTH (OSH) USE ONLY

OSIS No: _____	Student Last Name	First Name	MI
Reviewed by: Name	Date ____/____/____	Received 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 _____ <small>MM DD YYYY</small>	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
	Guardian e-mail address* _____			OSIS Number _____	
	School (include name, number, address and borough) _____			DOE District _____	Grade _____

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"/> Tracheostomy Care Trach. Size _____ | <input type="checkbox"/> Ostomy Care |
| <input type="checkbox"/> Central Venous Line | <input type="checkbox"/> Trach. suctioning Cath. Size _____ | <input type="checkbox"/> Chest Clapping |
| <input type="checkbox"/> Gastrostomy/Jejunostomy Feeding: <input type="checkbox"/> Bolus <input type="checkbox"/> Pump <input type="checkbox"/> Gravity | <input type="checkbox"/> Trach replacement - specify in area below | <input type="checkbox"/> Percussion |
| <input type="checkbox"/> FeedingTube replacement if dislodged - specify in area below | <input type="checkbox"/> Oxygen Administration | <input type="checkbox"/> Postural Drainage |
| <input type="checkbox"/> Naso-Gastric Feeding | <input type="checkbox"/> Pulse Oximetry monitoring | <input type="checkbox"/> Dressing Change |
| <input type="checkbox"/> Specialized/Non-Standard Feeding | <input type="checkbox"/> Other: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Oral / Pharyngeal Suctioning | | |

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 ___/___/_____