

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

PROVIDER TREATMENT ORDER FORM— OFFICE OF SCHOOL HEALTH - School Year 2017-2018

| | | | |
|---------------------------|--|---|--|
| ATTACH STUDENT PHOTO HERE | Student Last Name _____ First Name _____ Middle _____ | Date of birth <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> MM DD YYYY | <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female |
| | School (include name, number, address and borough) _____ | OSIS Number _____ | 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.

- Clean Intermittent Catheterization Cath Size ____Fr.
 - Central Venous Line
 - G-Tube Feeding*: Bolus Pump Gravity Cath Size ____Fr.
 - J-Tube Feeding*: Bolus Pump Gravity Cath Size ____Fr.
 - Naso-Gastric Feeding* Cath Size ____Fr.
 - Specialized/Non-Standard Feeding* Cath Size ____Fr.
 - Feeding Tube replacement if dislodged - specify in area below
 - Oral / Pharyngeal Suctioning Cath Size ____Fr.
 - Tracheostomy Care Trach. Size ____.
 - Trach. suctioning Cath. Size ____Fr.
 - Trach replacement - specify in area below
 - Oxygen Administration - specify in area below
 - Pulse Oximetry monitoring
 - Other: _____
 - Ostomy Care
 - Chest Clapping
 - Percussion
 - Postural Drainage
 - Dressing Change
- Student will also require treatment: during transport on school-sponsored trips during afterschool programs

* 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

Select the most appropriate option for this student:

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer treatment
- Supervised Student: student self-administers under adult supervision
- Independent Student: student is self-carry/self-administer: **PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE**

| | |
|--------------------------------|--|
| Practitioner's initials | I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed treatment effectively for school/field trips/school-sponsored events |
|--------------------------------|--|

| | |
|--|---|
| 1. Diagnosis _____ | Enter ICD Codes and Conditions (RELATED TO THE DIAGNOSIS) |
| | <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ |
| Diagnosis is self-limited <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |

| |
|--|
| 2. Treatment required in school: |
| Feeding: _____ |
| Formula Name _____ Concentration _____ Route _____ Amount/Rate _____ Duration _____ Frequency/specific time(s) of administration _____ |
| Oxygen administration: _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> prn <input type="checkbox"/> O2 Sat < _____% <input type="checkbox"/> _____ |
| Amount (L) _____ Route _____ Frequency/specific time(s) of administration _____ Specify Symptoms _____ |
| Other Treatment: _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> prn _____ |
| 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) _____ | NPI No _____ Date ___/___/___ |

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

PROVIDER TREATMENT ORDER FORM— OFFICE OF SCHOOL HEALTH - School Year 2017-2018

The Following Section To Be Completed By Student's Parent/Guardian

저는 첨부된 제 아이의 의사(health care practitioner) 지시에 따라 처방된 의료 치료 제공에 동의합니다. 저는 필요한 치료를 위한 모든 필요 장비와 내용물을 준비할 책임이 제게 있으며 상기 기재된 처방전이나 지시 내용에 어떤 변동이 생기면 제가 반드시 즉각적으로 학교 간호사에게 알려야 한다는 것을 알고 있습니다.

저는 이 동의서가 뉴욕시 교육청("DOE")에서 후원하는 여름방학 교육 프로그램이 종료할 때 까지 또는 제 아이의 의사가 상기 처방된 내용을 감독 및 치료하는 것에 관련하여 발행한 새로운 약품이나 지시 내용을 학교 간호사에게 전달할 때 까지만 유효하다는 것을 알고 있습니다 (더 빠른 것 기준).

의료 처방 치료 (비-약물)에 대한 제공 요청을 접수함으로써 본인은 교육청 및 뉴욕시 보건정신위생청 (DOHMH)가 학교보건 담당실 (OSH)을 통해 자녀에게 특정 보건 서비스 제공을 요청합니다. 상기 요청하는 의료 서비스 제공에 대한 완전한 안내가 본 약식에 포함되어 있습니다. 본인은 교육청, MOHMH 및 소속 에이전트 및 상기 요청하는 의료 서비스 제공에 관련된 직원은 본 양식에 제공된 정보의 정확함에 의존함을 이해합니다.

본인은 이 양식은 교육청 또는 DOHMH가 요청된 서비스 제공에 동의하는 양식이 아니라 서비스에 대한 본인의 요청, 동의 및 허가 양식임을 이해합니다. 서비스가 필요하다고 결정되면 학생 편의 계획이 필요할 수 도 있으며 학교에서 작성할 것입니다.

저는 교육청 또는 DOHMH 산하 직원과 부서들이 아이의 건강 상태, 약품 및/또는 치료에 관련하여 적절하다고 생각되는 더 상세한 정보를 제 아이에게 약품이나 보건 서비스를 제공하는 의사 및/또는 약사에게 연락, 상담 및 취득할 수 있다는 것을 알고 있습니다.

****처치 본인 실행: 학생이 처방된 자가 처치를 하는 것에 대해 이 문장에 이니셜을 기재하십시오**

| | |
|-----|--|
| 이니셜 | 저는 자녀가 처방된 처치를 스스로 할 수 있도록 완전히 지도하였음을 보증합니다. 또한 저는 제 아이가 상기 처방된 자가 처치를 학교에서 실행하는 것에 동의합니다. 저는 자녀에게 상기 설명한 대로 라벨이 부착된 물품을 제공하고 자녀의 이런 처치의 활용을 일부 및 전체 감독하며 학교에서 제 아이의 자가 처치로 인한 모든 결과에 대한 책임이 본인에게 있음을 알고 있습니다. 저는 제 아이가 학교에서 책임감 있는 태도로 자가 처치할 능력이 있는지 학교 간호사가 확인할 것임을 이해합니다. 또한 저는 자녀가 자가 처치를 위한 물품을 충분히 가지고 있지 않을 때를 대비하여 의무실에 물품 이름이 정확히 기재된 상자에 "예비" 물품을 제공할 것에 동의합니다. |
|-----|--|

| | |
|-----|---|
| 이니셜 | 저는 제 아이가 일시적으로 스스로 보관 및/또는 처치하지 못할 때를 대비하여 학교 간호사가 보관 및 실행하는 것에 동의 합니다. |
|-----|---|

여기에
서명

* 모유를 수유하거나 수유를 준비하는 학부모 예. 물과 분유 섞기를 하려면, 반드시 널싱 디렉터/부디렉터로부터 승인을 받아야만 합니다.

| | | | |
|--------------------|----|-------------|---------|
| 학부모/보호자 성명 인쇄체로 기입 | | 학부모/보호자의 서명 | |
| 학부모/보호자의 주소 | | 서명일 | |
| 전화번호 | 주중 | 자택 | 휴대전화 번호 |
| 학부모/보호자 이메일 주소 | | | |
| 기타 비상 연락 정보 | | 연락 전화번호 번호 | |

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.