



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

Provider Treatment Order Form | Office of School Health | School Year **2018-2019**  
**DUE: JULY 15<sup>th</sup>. Forms submitted after July 15<sup>th</sup> may delay processing for new school year.**

<b>Student</b> Last Name	First Name	Middle	Date of birth ___/___/____ <small>MM DD YYYY</small>	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
OSIS Number _____				
School (include name, number, address and borough)			DOE District	Grade
Class				

### HEALTHCARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

**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 ____Fr.   | <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 ____Fr.          | <input type="checkbox"/> Chest Clapping    |
| <input type="checkbox"/> G-Tube Feeding*: <input type="checkbox"/> Bolus <input type="checkbox"/> Pump <input type="checkbox"/> Gravity Cath Size ____Fr. | <input type="checkbox"/> Trach replacement - specify in area below     | <input type="checkbox"/> Percussion        |
| <input type="checkbox"/> J-Tube Feeding*: <input type="checkbox"/> Bolus <input type="checkbox"/> Pump <input type="checkbox"/> Gravity Cath Size ____Fr. | <input type="checkbox"/> Oxygen Administration - specify in area below | <input type="checkbox"/> Postural Drainage |
| <input type="checkbox"/> Naso-Gastric Feeding* Cath Size ____Fr.  | <input type="checkbox"/> Pulse Oximetry monitoring                     | <input type="checkbox"/> Dressing Change   |
| <input type="checkbox"/> Specialized/Non-Standard Feeding* Cath Size ____Fr.  | <input type="checkbox"/> Vagus Nerve Stimulator                        |  |
| <input type="checkbox"/> Feeding Tube replacement if dislodged - specify in area below  | <input type="checkbox"/> Other: _____                                  |  |
| <input type="checkbox"/> Oral / Pharyngeal Suctioning Cath Size ____Fr.   |  |  |

**Student will also require treatment:**  during transport  on school-sponsored trips  during afterschool programs

#### Student Skill Level (Select the most appropriate option):

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer treatment
- Supervised Student: student self-administers under adult supervision
- Independent Student: student is self-carry/self-administer:



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

Practitioner's initials

- Diagnosis: \_\_\_\_\_ Enter ICD-10 Codes and Conditions (RELATED TO THE DIAGNOSIS)  
 \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  
 Diagnosis is self-limited  Yes  No
- Treatment required in school:  
 Feeding: \_\_\_\_\_  
Formula Name Concentration Route Amount/Rate Duration Frequency/specific time(s) of administration  
 \* 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  
 Oxygen administration: \_\_\_\_\_  
Amount (L) Route Frequency/specific time(s) of administration  prn  O2 Sat < \_\_\_\_%  Specify Symptoms  
 Other Treatment: \_\_\_\_\_  
Treatment Name Route Frequency/specific time(s) of administration  prn Specify Symptoms  
 Additional Instructions or Treatment: \_\_\_\_\_
- Conditions under which treatment should not be provided: \_\_\_\_\_
- Possible side effects/adverse reactions to treatment: \_\_\_\_\_
- Specific instructions for nurse (if one is assigned and present) in case of adverse reactions, including dislodgement or blockage of tracheostomy or feeding tube: \_\_\_\_\_
- Specific instructions for non-medical school personnel in case of adverse reactions, including dislodgement of tracheostomy or feeding tube: \_\_\_\_\_
- Date(s) when treatment should be: Initiated \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Terminated \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

<b>Health Care Practitioner</b> (Please Print)	LAST NAME	FIRST NAME	Signature
Address		Tel. No. (____) _____ - _____	Fax. No (____) _____ - _____
E-mail address		Cell phone (____) _____ - _____	
NYS License No (Required) ____ - _____		NPI No. _____	Date ___/___/____

## طلب تقديم علاج موصوف طبياً (غير دوائي)

استمارة طلب الأدوية من مقدم الخدمة | مكتب الصحة المدرسية | للعام الدراسي 2018-2019  
موعد الاستحقاق: 15 يوليو/ تموز. الاستمارات المقدمة بعد يوم 15 يوليو/ تموز قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد.  
يقوم الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر بتعبئة الجزء أدناه

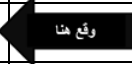
بتوقيعي أدناه، أوافق على ما يلي:

- أوافق على أن يتم تخزين المستلزمات الطبية، والمعدات، والعلاجات الموصوفة الخاصة بطفلي وإعطائه إياها في المدرسة بناءً على توجيهات ممارس الرعاية الصحية لطفلي.
- وأنا أدرك أنه:
  - يجب أن أعطي ممرضة المدرسة المستلزمات الطبية، والمعدات، والعلاجات الموصوفة الخاصة بطفلي.
  - يجب أن تكون جميع المستلزمات التي أعطيها للمدرسة جديدة وغير مفتوحة، وفي القارورة أو العبوة الأصلية. سوف أحصل على مستلزمات أخرى ليستخدمها طفلي عندما لا يكون في المدرسة أو في رحلة مدرسية.
  - يجب عنونة المستلزمات والمعدات والعلاجات باسم طفلي وتاريخ ميلاده.
  - يجب أن أخبر ممرضة المدرسة فوراً عن أي تغيير في علاجات طفلي أو تعليمات ممارس الرعاية الصحية.
  - يعتمد مكتب الصحة المدرسية (OSH) وكلاءه المشاركين في تقديم الخدمة (الخدمات) الصحية المذكورة أعلاه إلى طفلي على دقة المعلومات المقدمة في هذه الاستمارة.
  - بتوقيعي على هذه الاستمارة، قد يقدم مكتب الصحة المدرسية (OSH) الخدمات الصحية لطفلي. وأنا أدرك أن هذه الخدمات قد تتضمن تقييماً اكلينيكياً أو فحصاً بدنياً من طرف ممارس الرعاية الصحية أو الممرضة بمكتب الصحة المدرسية (OSH).
  - ينتهي أمر العلاج/ إرشادات العلاج المذكورة على هذه الاستمارة في نهاية العام الدراسي لطفلي، والذي قد يشمل الحصص الصفية، أو عندما أعطي ممرضة المدرسة استمارة جديدة (أيهما أقرب).
  - تمثل هذه الاستمارة موافقتي وطلب تقديم الخدمات الطبية المذكورة في هذه الاستمارة. وهي لا تمثل اتفاقاً مع مكتب الصحة المدرسية (OSH) لتوفير الخدمات المطلوبة. إذا قرر مكتب الصحة المدرسية (OSH) تقديم هذه الخدمات، قد يحتاج طفلي أيضاً إلى خطة لتسهيلات التلميذ. ستقوم المدرسة بوضع هذه الخطة.
  - قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على أية معلومات أخرى يعتقد أنها ضرورية عن الحالة الطبية لطفلي أو أدويته أو علاجه. قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على هذه المعلومات من أي ممارس رعاية صحية أو ممرضة أو صيدلي قدم خدمات صحية لطفلي.
  - إذا لم تتواجد ممرضة المدرسة، فقد يتم إخطاري بالحضور للمدرسة لإعطاء العلاج لطفلي.

### القيام بالعلاج بشكل ذاتي:

- أقر/ أؤكد أن طفلي قد تلقى تدريباً كاملاً ويمكنه القيام بالعلاج من تلقاء نفسه. أوافق على أن يقوم طفلي بحمل وتخزين والقيام بالعلاج الموصوف على هذه الاستمارة بنفسه في المدرسة. أنا مسؤول عن إعطاء طفلي المستلزمات والمعدات المعنونة والموصوفة أعلاه. أنا أيضاً مسؤول عن مراقبة استخدام طفلي للعلاج، وعن جميع نتائج استخدام طفلي لهذا العلاج الذاتي في المدرسة. سنؤكد ممرضة المدرسة قدرة طفلي على القيام بالعلاج بنفسه. كما أوافق على إعطاء المدرسة معدات أو مستلزمات "احتياطية" معنونة بوضوح في حالة عدم قدرة طفلي على القيام بالمعالجة الذاتية.
- أوافق على قيام ممرضة المدرسة أو طاقم المدرسة المدرب بتخزين العلاج وتقديمه إذا كان طفلي غير قادر مؤقتاً على حمل العلاج أو القيام به بنفسه.

التغذية المعدة بواسطة الأباء أو التغذية المعدة بواسطة الممرضة، مثل خلط المسحوق بالماء، يجب أن تحصل على موافقة مدير التمريض أو نائبه.

الاسم الأخير للتلميذ(ة)	الاسم الأول	الأوسط	تاريخ الميلاد	المدرسة
اسم الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر بخط واضح	<div style="text-align: center;">  <p>وقع هنا</p> </div>			
عنوان الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر				
أرقام الهاتف: أثناء النهار	المنزل	الهاتف المحمول		
عنوان البريد الإلكتروني للوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر				
اسم شخص بديل للاتصال به في حالة الطوارئ	رقم هاتف طرف الاتصال في حالة الطوارئ			

### OSHS Use Only / For Office of School Health (OSH) Use Only فقط

OSIS Number:			
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/NP		<input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor <input type="checkbox"/> School Based Health Center (For supervised students only)	
Signature and Title (RN OR SMD):		Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison	
Revisions as per OSH contact with prescribing health care practitioner <input type="checkbox"/> Modified <input type="checkbox"/> Not Modified			

\*لا يجوز ارسال المعلومات السرية بواسطة البريد الإلكتروني