

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> <small>MM DD YYYY</small>	<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.

<input type="checkbox"/> Clean Intermittent Catheterization Cath Size _____Fr. <input type="checkbox"/> Central Venous Line <input type="checkbox"/> G-Tube Feeding*: <input type="checkbox"/> Bolus <input type="checkbox"/> Pump <input type="checkbox"/> Gravity Cath Size _____Fr. <input type="checkbox"/> J-Tube Feeding*: <input type="checkbox"/> Bolus <input type="checkbox"/> Pump <input type="checkbox"/> Gravity Cath Size _____Fr. <input type="checkbox"/> Naso-Gastric Feeding* Cath Size _____Fr. <input type="checkbox"/> Specialized/Non-Standard Feeding* Cath Size _____Fr. <input type="checkbox"/> Feeding Tube replacement if dislodged - specify in area below <input type="checkbox"/> Oral / Pharyngeal Suctioning Cath Size _____Fr.	<input type="checkbox"/> Tracheostomy Care Trach. Size _____. <input type="checkbox"/> Trach. suctioning Cath. Size _____Fr. <input type="checkbox"/> Trach replacement - specify in area below <input type="checkbox"/> Oxygen Administration - specify in area below <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: <input type="checkbox"/> during transport <input type="checkbox"/> on school-sponsored trips <input type="checkbox"/> 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

إنني أوافق على تقديم العلاج الموصوف طبيياً بالتوافق مع الارشادات المرفقة من طبيب طفلي. أنا أدرك أنني أتحمّل مسؤولية تقديم جميع معدات ولوازم تقديم العلاج المطلوب، وأنه يجب علي فوراً أن أبلغ ممرض(ة) المدرسة بأي تغيير يطرأ على الوصفه الطبية أو التعليمات المذكورة أعلاه.

وأدرك بأن استمارة تقديم الدواء (MAF) هذه صالحة فقط لحين انتهاء دورة برنامج التعليم الصيفي برعاية إدارة التعليم بمدينة نيويورك؛ أو عندما أسلم لممرض المدرسة وصفة دواء جديدة أو تعليمات جديدة أصدرها مقدم الرعاية الصحية الخاص بطفلي تهم إدارة المراقبة والعلاج المذكورين أعلاه (أيهما أسبق).

إنني أطلب من خلال تقديم استمارة طلب المعالجة الموصوفة طبيياً (غير دوائية) هذه، أن يتم تزويد طفلي بالخدمات الصحية المحددة من قبل إدارة الصحة البدنية والصحة العقلية لمدينة نيويورك ("DOHMH") عن طريق مكتب الصحة المدرسية ("OSH"). لقد تم تضمين ارشادات تامة وكاملة حول تقديم الخدمات الصحية المطلوبة أعلاه في هذه استمارة اعطاء الدواء هذه. أفهم أن كلاً من الإدارة، وإدارة الصحة البدنية والصحة العقلية (DOHMH) ووكلائهم، وموظفيهم المشاركين في تقديم الخدمات الصحية المطلوبة أعلاه يعتمدون على دقة المعلومات المقدّمة في استمارة اعطاء الدواء هذه.

إنني أدرك أن هذه الاستمارة ليست موافقة من الإدارة أو إدارة الصحة البدنية والصحة العقلية (DOHMH) على تقديم الخدمات المطلوبة، ولكنها في الواقع، طلب وموافقة وتصريح مني للحصول على هذه الخدمات. إذا تم اتخاذ القرار بأن هذه الخدمات ضرورية، فقد تكون خطة تسهيلات التلميذ(ة) (Student Accommodation Plan) أيضاً ضرورية وسيتم إعدادها من قبل المدرسة.

إنني أدرك أن إدارة الصحة العامة والصحة العقلية (DOHMH)، وموظفيها ووكلائها، يستطيعون الاتصال بأي مقدّم للرعاية الصحية و/ أو صيدلي قام بإعطاء الدواء أو الخدمات الصحية لطفلي، والتشاور معه وطلب أية معلومات إضافية يعتقدون أنها قد تكون مناسبة لما يتعلق بحالة طفلي الصحية، والدواء و/ أو العلاج.

***تناول الدواء بشكل ذاتي: وقع بالأحرف الأولى من اسمك على هذه الفقرة الخاصة بالأدوية الموصوفة التي يتناولها طفلكم بنفسه**

<p>أقر بموجبه بأن طفلي قد حصل على كافة الارشادات وهو قادر على تناول الدواء الموصوف بنفسه. وأصرح بالإضافة لذلك لطفلي بحمل وتخزين الدواء المذكور أعلاه وتناوله بنفسه في المدرسة. أقر بأنني أتحمّل مسؤولية تزويد طفلي بذلك الدواء في عبوات عليها ملصق كما هو موضح أعلاه، وأنتي أتحمّل مسؤولية أي مراقبة وكافة أشكال المراقبة حول استخدام طفلي لهذا الدواء، كما أنني أتحمّل مسؤولية أية تبعات وكافة تبعات استخدام طفلي لهذا الدواء في المدرسة. إنني أدرك أن ممرض(ة) المدرسة سوف يؤكد مقدرة طفلي على حمل الدواء وتناوله بنفسه بشكل مسؤل في المدرسة. بالإضافة لذلك، فإنني أوافق على احضار "دواء إضافي" في عبوة عليها ملصق تعريف واضح لحفظها في الغرفة الطبية في حال لم يكن مع طفلي كمية كافية من الدواء لتناوله.</p>	<p>التوقيع بالأحرف الأولى</p>
<p>كما أخوّل لممرض(ة) المدرسة تخزين و/ أو إعطاء الدواء لطفلي في حال كان طفلي غير قادر على تخزين الدواء وتناوله بنفسه لفترة مؤقتة.</p>	<p>التوقيع بالأحرف الأولى</p>



*نرجو ملاحظة أن التغذية المعدة من قبل الابوين أو التغذية المعدة من قبل الممرضة، مثل خلط المسحوق بالماء، لا بد وأن تحصل على موافقة مدير التمريض أو نائبه.	
اسم الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر بخط واضح	توقيع الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر
عنوان الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر	تاريخ التوقيع
أرقام الهاتف	المنزل
أثناء النهار	الهاتف المحمول
عنوان البريد الإلكتروني للوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر	
اسم شخص بديل للاتصال به في حالة الطوارئ	رقم هاتف طرف الاتصال

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.			