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

OFFICE OF SCHOOL HEALTH - School Year 2016-2017

تؤدي المعلومات غير المكتملة المتعلقة بمقدِّم الرعاية الصحية إلى تأخير تنفيذ الوصفات

موافقة الوالد(ة)/ولي (ة) الأمر

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

وأدرك بأن هذه الموافقة 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 تهمّ إدارة المراقبة والعلاج المذكورين أعلاه (أيهما أسبق).

إنني أطلب من خلال تقديم استمارة طلب المعالجة الموصوفة طبياً (غير دوائية) هذه، أن يتم تزويد طفلي بالخدمات الصحية المحددة من قبل ادارة الصحة العامة 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 الادارة، وادارة الصحة العامة والصحة العقلية ووكلائهم، وموظفيهم المشاركين في تقديم الخدمات الصحية المطلوبة أعلاه يعتمدون على دقة المعلومات المقدَّمة في استمارة اعطاء الدواء هذه (MAF).

إنني أدرك أن هذه الاستمارة ليست موافقة من الادارة أو ادارة الصحة العامة 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 مقدِّم 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**

_____ أقِّر 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 أتحمل مسئولية تزويد طفلي بذلك الدواء في عبوات عليها ملصق كما هو موضح أعلاه، وأنني أتحمل مسئولية أي مراقبة وكافة أشكال المراقبة حول استخدام طفلي لهذا الدواء، كما أنني أتحمل مسئولية 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 مسئول 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.

_____ كما أخوِّل لممرض(ة) المدرسة تخزين و/ أو إعطاء الدواء لطفلي في حال كان طفلي غير قادر على تخزين الدواء وتناوله بنفسه لفترة مؤقته.

توقيع الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر	**اسم الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر بخط واضح**
تاريخ التوقيع __ __ / __ __ / __ __ __ __	**عنوان الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر**
أرقام الهاتف: **أثناء النهار** (__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __ **البيت** (__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __ **الهاتف المحمول*** (__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __	
اسم شخص بديل للاتصال به في حالة الطوارئ	**رقم هاتف بديل للاتصال** (__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __

DO NOT WRITE BELOW – FOR OFFICE OF SCHOOL HEALTH (OSH) USE ONLY - لا تكتبوا أسفله - هذا الجزء لاستخدام مكتب الصحة المدرسية (OSH) فقط		
Student Last Name	First Name MI	OSIS No: __ __ __ __ __ __ __ __
Received by: Name Date __ __ / __ __ / __ __ __ __	**Reviewed by:** Name Date __ __ / __ __ / __ __ __ __	
☐ **504** ☐ **IEP** ☐ **Other**	**Referred to School 504 Coordinator**: ☐Yes ☐ No	
Services provided by: ☐ Nurse ☐ OSH Public Health Advisor ☐ School Based Health Center		
Self-Directs Treatment: ☐ Yes ☐ 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.		

*Confidential information should not be sent by e-mail.

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** __/__/____ MM DD YYYY	☐ Male ☐ Female
	Guardian e-mail address*	**OSIS Number** __ _ _ _ _ _ _ _	
	School (include name, number, address and borough)	**DOE District** ___ ___	**Grade** / **Class**

Health Care Practitioner's Statement/Order

ONE ORDER PER FORM (make copies of this from for additional orders)
(Attach prescription(s) / additional sheet(s) if necessary to provide requested information and medical authorization).

- ☐ Clean Intermittent Catheterization Cath. Size _____
- ☐ Central Venous Line
- ☐ Gastrostomy/Jejunostomy Feeding: ☐ Bolus ☐ Pump ☐ Gravity
- ☐ FeedingTube replacement if dislodged - specify in area below
- ☐ Naso-Gastric Feeding
- ☐ Specialized/Non-Standard Feeding
- ☐ Oral / Pharyngeal Suctioning
- ☐ Tracheostomy Care Trach. Size _____
- ☐ Trach. suctioning Cath. Size _____
- ☐ Trach replacement - specify in area below
- ☐ Oxygen Administration
- ☐ 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

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: _____ _____ ☐_____ ☐ 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)** __ - __ __ __ __ __	Medicaid No __ __ __ __ __ __ __	NPI No __ __ __ __ __ __ __ __ __ __	Date __/__/____

*Confidential information should not be sent by e-mail.