



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

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

Student Last Name	First Name	Middle	Date of birth ___/___/____ MM DD YYYY	<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

1. Diagnosis: _____ Enter ICD-10 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 _____

* 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 _____
 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 or blockage 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 (Please Print)	LAST NAME	FIRST NAME	Signature
Address		Tel. No. (____) _____ - _____	Fax. No (____) _____ - _____
E-mail address		Cell phone (____) _____ - _____	
NYS License No (Required) _____ - _____		NPI No. _____	Date ___/___/____

চিকিৎসকের ব্যবস্থাপত্র অনুযায়ী চিকিৎসা প্রদানের অনুরোধ (নন-মেডিকেশন)

চিকিৎসা প্রদানকারীর আর্ডার ফরম | অফিস অব স্কুল হেলথ | 2018-2019 স্কুল বর্ষ

শেষ তারিখ: জুলাই 15. 15 জুলাইয়ের পর ফরম জমা দিলে তা নতুন স্কুল বর্ষের জন্য প্রক্রিয়াকরণে দেহি হতে পারে।

প্যারেন্ট/অভিভাবক নিচে পূরণ করুন

নিচে স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি নিম্নোক্ত বিষয়গুলিতে সহমত পোষণ করছি:

- আমি সম্মতি জ্ঞাপন করছি যে আমার সন্তানের চিকিৎসা সরঞ্জাম, যন্ত্রপাতি ও নির্দেশিত চিকিৎসাপ্রণালী আমার সন্তানের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী চিকিৎসকের নির্দেশনামতে স্কুলে সংরক্ষণ ও প্রদান করা হবে।
- আমি বুঝেছি যে:
 - আমার অবশ্যই স্কুল নার্সকে আমার সন্তানের চিকিৎসা সরঞ্জাম, যন্ত্রপাতি ও চিকিৎসাপ্রণালী প্রদান করতে হবে।
 - স্কুলকে আমার প্রদানকৃত সকল সরঞ্জাম অবশ্যই নতুন, না-খোলা এবং আসল বোতল বা বাস্কে হতে হবে।** যখন আমার সন্তান স্কুলে থাকবে না বা স্কুলের আনন্দ ভ্রমণে থাকবে তখন আমি আমার সন্তানের জন্য অন্যান্য সরঞ্জাম নেব।
 - সরঞ্জাম, যন্ত্রপাতি ও চিকিৎসাপ্রণালীতে আমার সন্তানের নাম ও জন্ম তারিখ সহকারে লেবেল লাগানো উচিত।
 - আমাকে অবশ্যই আমার সন্তানের চিকিৎসাপ্রণালীতে বা স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী চিকিৎসকের নির্দেশনায় আনীত যেকোনো পরিবর্তন সম্পর্কে **অনতিবিলম্বে** স্কুল নার্সকে বলতে হবে।
 - আমার সন্তানকে উপরোক্ত স্বাস্থ্যসেবা প্রদানে সম্পূর্ণ অফিস অব স্কুল হেলথ (OSH) এবং এর প্রতিনিধিগণ এই ফরমে প্রদত্ত তথ্যের সত্যতার উপর নির্ভরশীল।
 - এই ফরমের স্বাক্ষরের মাধ্যমে, OSH আমার সন্তানকে স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করতে পারে। এই সেবাগুলির মধ্যে রয়েছে একজন OSH এর স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী চিকিৎসক বা নার্সের কর্তৃক একটি চিকিৎসাগত মূল্যায়ন বা একটি শারীরিক পরীক্ষা।
 - এই ফরমের চিকিৎসা নির্দেশনা/অর্ডারের মেয়াদ শেষ হবে আমার সন্তানের স্কুল বর্ষের শেষে, যেটিতে অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে গ্রীষ্মকালীন সেশন, অথবা যখন আমি স্কুল নার্সকে একটি নতুন ফরম দিব (যেটি আগে হয়)।
 - এই ফরমটি এই ফরমে বর্ণিত চিকিৎসা পরিষেবার জন্য আমার সম্মতি ও অনুরোধ প্রদর্শন করে। অনুরোধকৃত পরিষেবা প্রদান করার জন্য এটি OSH এর কোনো চুক্তি নয়। যদি OSH এই পরিষেবা প্রদানের সিদ্ধান্ত নেয়, আমার সন্তানের একটি শিক্ষার্থীর বিশেষ সুবিধা পরিকল্পনার প্রয়োজন হতে পারে। এ পরিকল্পনা স্কুল পূরণ করবে।
 - OSH অন্য যেকোনো তথ্য পেতে পারে যা তারা মনে করে যে আমার সন্তানের চিকিৎসাগত অবস্থা, ঔষধ বা চিকিৎসার জন্য প্রয়োজন। OSH যেকোনো স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী চিকিৎসক, নার্স বা ফার্মাসিস্টের কাছ থেকে এই তথ্য পেতে পারে যিনি আমার সন্তানকে স্বাস্থ্যসেবা দিয়েছেন।
 - যদি স্কুল নার্স না থাকেন, আমার সন্তানের চিকিৎসা দেয়ার জন্য আমাকে স্কুলে আসতে বলা হতে পারে।

নিজে নিজে ঔষধ নেওয়া:

- আমি প্রত্যয়ন/নিশ্চিত করছি যে আমার সন্তানকে সম্পূর্ণভাবে প্রশিক্ষণ দেয়া হয়েছে এবং সে নিজে নিজে চিকিৎসা নিতে পারে। স্কুলে এই ফরমে নির্দেশিত চিকিৎসা আমার সন্তান নিজে নিজে বহন, সংরক্ষণ ও প্রদান করার ব্যাপারে আমি সম্মতি জ্ঞাপন করছি। উপরের বর্ণনামতে লেবেলযুক্ত এই সরঞ্জাম ও যন্ত্রপাতি আমার সন্তানকে দেয়ার জন্য আমি দায়ী। এছাড়াও আমার সন্তানের চিকিৎসা তদারক করার জন্য এবং স্কুলে আমার সন্তানের নিজে নিজে চিকিৎসা নেওয়ার ফলে সৃষ্ট পরিণতির জন্য আমিই দায়ী। আমার সন্তান নিজে নিজে চিকিৎসা নিতে পারে কিনা সে সম্পর্কে স্কুল নার্স আমাকে নিশ্চিত করবেন। এছাড়াও আমি সম্মত হই যে আমি স্কুলকে স্পষ্ট লেবেলযুক্ত “ব্যাক আপ” সরঞ্জাম বা যন্ত্রপাতি প্রদান করব যাতে আমার সন্তান নিজে নিজে চিকিৎসা নিতে অসমর্থ হলে ব্যবহার করা যায়।
- আমি সম্মতি জ্ঞাপন করছি যে যদি আমার সন্তান সাময়িকভাবে নিজে নিজে চিকিৎসা নিতে অসমর্থ হয় তবে স্কুল নার্স বা প্রশিক্ষিত স্কুল স্টাফ আমার সন্তানকে চিকিৎসা দেবেন।

অভিভাবকের প্রস্তুতকৃত বা নার্সের প্রস্তুতকৃত খাবার যেমন পানি মিশ্রিত পাউডারের ক্ষেত্রে অবশ্যই নার্সিং ডিরেক্টর/নার্সিং ডেপুটি ডিরেক্টরের অনুমোদন লাগবে।

ছাত্রের শেষ নাম	নামের প্রথম অংশ	MI	জন্মতারিখ	স্কুল
প্যারেন্ট/অভিভাবকের নাম স্পষ্ট হরফে লিখুন			এখানে স্বাক্ষর	
প্যারেন্ট/অভিভাবকের ঠিকানা			প্যারেন্ট/অভিভাবকের স্বাক্ষর	
টেলিফোন নম্বর: দিনের বেলা			স্বাক্ষর দেওয়ার তারিখ	
			বাড়ি	
প্যারেন্ট/অভিভাবকের ইমেইল ঠিকানা			সেল ফোন	
বিকল্প জরুরি যোগাযোগের নাম			বিকল্প যোগাযোগের টেলিফোন নম্বর	

For Office of School Health (OSH) Use Only / শুধুমাত্র অফিস অব স্কুল হেলথ (OSH) এর ব্যবহারের জন্য

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			

*গোপনীয় তথ্য ইমেইলে পাঠানো উচিত নয়