



طبی تجویز کردہ علاج (غیر ادویاتی) فارم

فراہم کنندہ کے ذریعے علاج کا آرڈر فارم | اسکول کا دفتر صحت | تعلیمی سال 2023-2024

براہ کرم اسکول نرس / اسکول میں قائم مرکز صحت کو واپس کریں۔ 1 جون کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔

درمیانی نام:

پہلا نام:

طالب علم کا آخری نام:

کلاس:

OSIS نمبر:

تاریخ پیدائش: صنف: اسکول (ATSDBN / نام، نمبر، پتہ اور برو شامل کریں): DOE ضلع:

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"/> Blood Pressure Monitoring | <input type="checkbox"/> Feeding Tube replacement if dislodged - specify in #5 | <input type="checkbox"/> Trach Care: Trach. Size_____ |
| <input type="checkbox"/> Chest Clapping/Percussion | <input type="checkbox"/> Oral / Pharyngeal Suctioning: Cath Size _Fr. | <input type="checkbox"/> Trach Replacement - specify in #5 |
| <input type="checkbox"/> Clean Intermittent Catheterization: Cath Size _Fr. | <input type="checkbox"/> Ostomy Care | <input type="checkbox"/> Trach suctioning: Cath Size Fr |
| <input type="checkbox"/> Central Line/PICC Line | <input type="checkbox"/> Oxygen Administration - specify in #2 | <input type="checkbox"/> Other:_____ |
| <input type="checkbox"/> Dressing Change | <input type="checkbox"/> Postural Drainage | |
| <input type="checkbox"/> Feeding: Cath Size ____Fr. | <input type="checkbox"/> Pulse Oximetry monitoring | |
| <input type="checkbox"/> Nasogastric G-Tube <input type="checkbox"/> J-Tube | | |
| <input type="checkbox"/> Bolus <input type="checkbox"/> Pump <input type="checkbox"/> Gravity <input type="checkbox"/> Spec./Non-Standard* | | |

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-treats under adult supervision
- Independent Student: student is self-carry/self-treat (initial below)

I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed treatment effectively during school, field trips, and school-sponsored events

Practitioner's initials

Diagnosis: _____

Enter ICD-10 Codes and Conditions (RELATED TO THE DIAGNOSIS)

Diagnosis is self-limited: Yes No

1. Treatment required in school:

- Feeding:** Formula Name: _____ Concentration: _____
Route: _____ Amount/Rate: _____ Duration: _____ Frequency/specific time(s) of administration: _____
- *Per the New York State Education Department, nurses are not permitted to administer premixed medications and feedings. Nurses may prepare and mix medications and feedings for administration via G-tube as ordered by the child's primary medical provider.**
- Flush** with _____ mL Before feeding After feeding
- Oxygen Administration:** Amount (L): _____ Route: _____ Frequency/specific time(s) of administration: _____
 p/n O2 Sat < _____ % :Specify signs & symptoms
- Other Treatment:** Treatment Name: _____ Route: _____ Frequency/specific time(s) of administration: _____
Specify signs & symptoms:

Additional Instructions or Treatment:

- Conditions under which treatment should not be provided:
- Possible side effects/adverse reactions to treatment:
- Emergency Treatment: Provide specific instructions for OSH/SBHC clinical staff (if present) in case of emergency or 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: _____

Health Care Practitioner

Last Name: _____ First Name: _____ MD DO NP PA

Address: _____

Tel. No: _____ Fax No: _____ Cell phone: _____ Email: _____

NYS License No (Required): _____ NPI No _____ Date: _____

Practitioner's Signature: _____

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS
FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT

Rev 3/23

والدین کے لیے صفحہ 2 پر دستخط کرنے لازمی ہیں ←

طبی تجویز کردہ علاج (غیر ادویاتی) فارم

فراہم کنندہ کے ذریعے علاج کا آرڈر فارم | اسکول کا دفتر صحت | تعلیمی سال 2023-2024
براہ کرم اسکول نرس / اسکول میں قائم مرکز صحت کو واپس کریں۔ 1 جون کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔

والدین / سرپرست مطالعہ کریں، مکمل کریں اور دستخط کریں۔ ذیل میں دستخط کر کے میں اس پر متفق ہوں کہ:

- میں اپنے بچے کے طبی سامان، آلات اور تجویز کردہ علاج کو محفوظ کرنے اور اسکول میں میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت معالج (ہیلتھ کنٹر پریکٹیشنر) کے ہدایات کے مطابق دینے کی اجازت دیتا ہوں۔
- میں سمجھتا ہوں کہ:
 - مجھے اسکول نرس/SBHC فراہم کنندہ کو اپنے بچے کا طبی سامان، آلات اور ادویات دینے لازمی ہیں۔
 - تمام ساز و سامان جو میں اسکول کو دونگا وہ نیا، سیل بند، اور اصل بوتل یا ڈیزے میں ہونا لازمی ہیں۔ میں اپنے بچے کو اسکول کے دنوں میں استعمال کے لیے جدید، غیر منسوخ شدہ سامان استعمال کرنے کے لیے اسکول کو فراہم کروں گا۔
 - سامان، آلات اور علاج پر میرے بچے کے نام اور تاریخ پیدائش کا لیبل لگا ہونا چاہئے۔
 - مجھے اپنے بچے کی صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات میں کسی بھی تبدیلی سے اسکول نرس/SBHC فراہم کنندہ کو فوراً آگاہ کرنا لازمی ہے۔
 - اسکول کا دفتر صحت (OSH) اور اس کے نمائندے جو مندرجہ بالا خدمت (خدمات) میرے بچے کو فراہم کرنے میں شامل ہیں، اس فارم کی معلومات کے صحیح ہونے پر انحصار کر رہے ہیں۔
 - اس فارم پر دستخط کر کے، میں باضابطہ طور پر OSH کو میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ ان خدمات میں شامل ہو سکتی ہیں لیکن انہی تک محدود نہیں، OSH کے طبی نگہداشت پیشہ ور یا نرس کے ذریعے کلینکی تشخیص یا ایک جسمانی معائنہ۔
 - علاج کی ہدایات / آرڈر میرے بچے کے تعلیمی سال کے آخر میں ختم ہوجائے گا، جس میں موسم گرما کا دورانیہ شامل ہو سکتا ہے، یا جب میں اسکول نرس/SBHC فراہم کنندہ کو ایک نیا فارم فراہم کروں (جو پہلے واقع ہو) جب اس دوا کے آرڈر کی میعاد منسوخ ہوجائے، میں اپنے بچے کی اسکول نرس کو میرے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور کے ذریعے تحریر کردہ ایک نیا MAF فراہم کرونگا۔ OSH کو مستقبل میں MAFS کے لیے میرے دستخط کی ضرورت نہیں ہوگی۔
 - یہ فارم میری اجازت اور اس فارم میں بیان کردہ طبی خدمات کی درخواست کی نمائندگی کرتا ہے۔ یہ OSH کی جانب سے درخواست کردہ خدمات فراہم کیے جانے کا معاہدہ نہیں ہے۔ اگر OSH یہ خدمات فراہم کرنے کا فیصلہ کرتا ہے، میرے بچے کو ایک جز 504 سہولت منصوبے کی بھی ضرورت ہو سکتی ہے۔ اس منصوبے کو اسکول مکمل کرے گا۔
 - OSH میرے بچے کو درکار نگہداشت یا علاج کی فراہمی کے لیے، دیگر کوئی بھی معلومات حاصل کرسکتا ہے جو انکے خیال میں میرے بچے کی طبی صورت حال، دوا یا علاج کے لیے ضروری ہے۔ OSH یہ معلومات کسی بھی ایسے طبی نگہداشت کے پیشہ ور، نرس، یا دوا فروش سے حاصل کرسکتا ہے جنہوں نے میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کی ہیں۔

نیو یارک ریاست محکمہ تعلیم کے مطابق، نرسوں کو پہلے سے آمیزش کردہ دوائیاں اور فیڈنگز دینے کی اجازت نہیں ہے۔ نرسیں G ٹیوب سے دینے کے لیے دوائیاں اور فیڈنگس تیار اور آمیزش کرسکتی ہیں جیسا کہ بچے کے مرکزی طبی فراہم کنندہ کی جانب سے ہدایت دی گئی ہو۔

خود ادویات لینے کے لیے (صرف برائے خود مختار طلبا):

- میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میرا بچہ مکمل تربیت یافتہ ہے اور وہ خود سے علاج (ٹریٹمنٹس) کر سکتا ہے۔ میں اپنے بچے کو اس فارم پر دی گئی ٹریٹمنٹس ساتھ رکھنے، محفوظ کرنے اور خود سے لینے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں اپنے بچے کو یہ سامان اور آلات مذکورہ بالا کے مطابق لیبل لگا ہوا دینے کا ذمہ دار ہوں۔ میں اپنے بچے کے علاج کی نگرانی کرنے، اور اسکول میں میرے بچے کے خود سے علاج کرنے کے تمام نتائج کا بھی ذمہ دار ہوں۔ اسکول نرس/SBHC فراہم کنندہ میرے بچے کی خود سے ٹریٹمنٹ لینے کی اہلیت کی تصدیق کرے گی۔ میں اسکول کو واضح لیبل لگے "محفوظ ذخیرہ" ("بیک اپ") آلات اور سامان دینے پر بھی رضامند ہوں ایسی صورت میں کہ میرا بچہ خود سے علاج کرنے سے قاصر ہو۔

طالب علم کا آخری نام: _____ پہلا نام: _____ درمیانہ نام: _____ تاریخ پیدائش: _____
اسکول کا ATSDBN / نام: _____ برو: _____ ضلع: _____

والدین / سرپرست کا ای میل: _____ والدین / سرپرست کا پتہ: _____
ٹیلیفون نمبر: _____ دن کے وقت: _____ گھر: _____ سیل فون: * _____
والدین / سرپرست کا نام: _____ والدین / سرپرست کے دستخط: _____ دستخط کی تاریخ: _____

ہنگامی صورت میں متبادل رابطہ فرد کا نام: _____

نام: _____ طالب علم کے ساتھ رشتہ: _____ رابطہ نمبر: _____

FOR OFFICE OF SCHOOL HEALTH (OSH) USE ONLY

OSIS Number: _____

Received by: Name: _____ Date: _____ Reviewed by: _____ Date: _____

504 IEP Other Referred to School 504 Coordinator: Yes No

Services provided by: Nurse/NP OSH Public Health Advisor (For supervised students only) School Based Health Center

Signature and Title (RN OR SMD): _____ Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison: _____

Revisions as per OSH contact with prescribing health care practitioner: Clarified Modified

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

FOR PRINT USE ONLY