

Joindre ici la photo de l'élève

# MEDICALLY PRESCRIBED TREATMENT (NON-MEDICATION) FORM

Formulaire d'ordonnance de traitement du prestataire | Bureau de la santé scolaire | Année scolaire 2024–2025  
À retourner à l'infirmière scolaire/au centre de santé scolaire. Les formulaires soumis après le 1<sup>er</sup> juin peuvent retarder leur traitement pour la nouvelle année scolaire

Nom de famille de l'élève : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Initiale (2e prénom): \_\_\_\_\_ Date de naissance : (m/j/a): \_\_\_\_\_  
Sexe:  Masculin  Féminin Numéro OSIS : \_\_\_\_\_ Grade : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_  
École (nom, numéro, adresse et borough) : \_\_\_\_\_ District du DOE : \_\_\_\_\_

## PARTIE À COMPLÉTER PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ / HEALTH CARE 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 #1                 | <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 <input type="checkbox"/> 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
  - I attest student demonstrated 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: \_\_\_\_\_  
 prn  O2 Sat < \_\_\_\_\_ % Specify signs & symptoms: \_\_\_\_\_
- Other Treatment:** Treatment Name: \_\_\_\_\_ Route: \_\_\_\_\_ Frequency/specific time(s) of administration: \_\_\_\_\_  
Specify signs & symptoms: \_\_\_\_\_
- Additional Instructions or Treatment:**

2. Conditions under which treatment should not be provided:

3. Possible side effects/adverse reactions to treatment:

4. Emergency Treatment: Provide specific instructions for clinical personnel (if present) in case of emergency or adverse reactions, including dislodgement or blockage of tracheostomy or feeding tube:

5. Specific instructions for non-medical school personnel in case of adverse reactions, including dislodgement of tracheostomy or feeding tube:

6. Date(s) when treatment should be: Initiated: \_\_\_\_\_ Terminated: \_\_\_\_\_

### Health Care Practitioner

Last Name (Print): \_\_\_\_\_ First Name (Print): \_\_\_\_\_ **Please check one:**  MD  DO  NP  PA  
Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ NYS License # (Required): \_\_\_\_\_ NPI #: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ Email address: \_\_\_\_\_  
Telephone: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS

Rev 3/24

FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT

**LES PARENTS DOIVENT SIGNER LA PAGE 2 / PARENTS MUST SIGN PAGE 2 →**

## MEDICALLY PRESCRIBED TREATMENT (NON-MEDICATION) FORM

Formulaire d'ordonnance de traitement du prestataire | Bureau de la santé scolaire | Année scolaire 2024–2025

À retourner à l'infirmière scolaire/au centre de santé scolaire. Les formulaires soumis après le 1<sup>er</sup> juin peuvent retarder leur traitement pour la nouvelle année scolaire

### PARENTS/TUTEURS/TUTRICES LISEZ, COMPLÉTEZ ET SIGNEZ. EN SIGNANT CI-DESSOUS, J'ACCEPTÉ CE QUI SUIT:

- Je consens à ce que le matériel et les équipements médicaux, ainsi que les traitements prescrits à dispenser à mon enfant soient conservés et administrés à l'école selon les instructions de son médecin.
- Je comprends que :
  - Je dois donner à l'infirmière scolaire/au prestataire du centre de santé scolaire (School Based Health Center - SBHC) le matériel, les équipements médicaux et les traitements de mon enfant.
  - Tout matériel que je remets à l'école doit être neuf, non ouvert et dans son emballage ou flacon d'origine. Je fournirai à l'école le matériel actuel et non périmé pour l'usage de mon enfant pendant les jours de classe.**
    - Le matériel, les équipements et tous les traitements doivent porter une étiquette indiquant le nom et la date de naissance de mon enfant.
  - Je dois **immédiatement** informer l'infirmière scolaire/le prestataire SBHC de tout changement concernant le traitement de mon enfant ou les instructions de son médecin.
  - Le Bureau de la santé scolaire (Office of School Health - OSH) et son personnel qui participent à l'administration des services de santé dispensés à mon enfant et indiqués ci-dessus se fient à l'exactitude des informations de ce formulaire.
  - En signant ce formulaire, j'autorise l'OSH à dispenser des services de santé à mon enfant. Ces services peuvent comprendre une évaluation clinique ou un examen médical par un professionnel de santé ou une infirmière de l'OSH.
  - Les ordonnances/instructions de traitement indiqués dans ce formulaire expirent à la fin de l'année scolaire de mon enfant, ce qui peut inclure la session d'été, ou lorsque je donne un nouveau formulaire à l'infirmière de l'école (selon l'événement survenant en premier). Lorsque l'ordonnance médicale arrivera à expiration, je donnerai à l'infirmière de l'école de mon enfant/au prestataire SBHC un nouveau MAF rempli par le médecin de mon enfant.
  - Ce formulaire représente mon consentement et ma demande pour les services médicaux indiqués ici. Cela ne constitue pas un accord de l'OSH pour fournir les services demandés. Si l'OSH décide de dispenser ces services, mon enfant peut également avoir besoin d'un plan d'aménagements de la Section 504. Ce plan sera mis en place par l'école.
  - Afin de dispenser des soins ou un traitement à mon enfant, l'OSH peut obtenir toute autre information qu'il estime être nécessaire concernant l'état de santé, les médicaments ou le traitement de mon enfant. L'OSH peut obtenir ces informations des professionnels de santé, des infirmières ou des pharmaciens ayant dispensé des services de santé à mon enfant.

**Les aliments et les médicaments prémélangés par les parents ne peuvent plus être administrés par l'infirmière. Les infirmières peuvent préparer et mélanger les médicaments et les aliments pour une administration par sonde gastrique, comme demandé par le médecin traitant de l'enfant.**

### AUTOTRAITEMENT (UNIQUEMENT POUR LES ÉLÈVES AUTONOMES)

- Je déclare/j'atteste que mon enfant est pleinement formé(e) et qu'il ou elle peut effectuer son traitement en toute autonomie. J'accepte que mon enfant transporte, conserve et s'administre à l'école en toute autonomie les traitements prescrits dans ce formulaire à l'école et lors de sorties scolaires. J'ai la responsabilité de donner à mon enfant ce matériel et ces équipements étiquetés, comme décrit ci-dessus. Je suis aussi responsable du suivi des traitements de mon enfant et de toutes les conséquences de son autotraitement à l'école. L'infirmière scolaire/le prestataire SBHC attestera de l'aptitude de mon enfant à effectuer ses traitements en toute autonomie. Je consens également à fournir à l'école des équipements ou du matériel « de secours » clairement étiquetés si mon enfant ne peut pas effectuer ses traitements en toute autonomie.

Nom de famille de l'élève : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Initiale (2e prénom): \_\_\_\_\_ Date de naissance : (m/j/a) : \_\_\_\_\_

ATS DBN/nom de l'école : \_\_\_\_\_ Borough: \_\_\_\_\_ District: \_\_\_\_\_

E-mail du parent/tuteur/de la tutrice : \_\_\_\_\_ Adresse du parent/tuteur/de la tutrice : \_\_\_\_\_

Numéros de téléphone : En journée : \_\_\_\_\_ Domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable\* : \_\_\_\_\_

Nom du parent/tuteur/de la tutrice : \_\_\_\_\_ Signature du parent/tuteur/de la tutrice : \_\_\_\_\_

Date de signature : (m/j/a): \_\_\_\_\_

Autre contact d'urgence :

Nom : \_\_\_\_\_ Lien avec l'élève : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

### Réservé à l'usage du Bureau de la santé scolaire (OSH) (For Office of School Health (OSH) Use Only)

OSIS #: \_\_\_\_\_

Received by – Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Reviewed by – Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

504  IEP  Other: \_\_\_\_\_ Referred to School 504 Counselor:  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 per OSH contact with prescribing health care practitioner:  Clarified  Modified

\* Confidential information should not be sent by email/ // Il est déconseillé d'envoyer des informations confidentielles par e-mail.

POUR IMPRESSION UNIQUEMENT / FOR PRINT USE ONLY