

**Уважаемые родители, врачи и поставщики медицинских услуг!**

Департамент образования г. Нью-Йорка (DOE) и Отдел школьного здравоохранения (OSH) совместно предоставляют услуги детям с особыми потребностями. Заполните прилагаемые формы, если ребенку требуются медицинские услуги и адаптация по статье 504 Закона о реабилитации 1973 г. Отдел школьного здравоохранения **требует** ежегодного рассмотрения предоставляемых медицинских услуг.

При необходимости врач ребенка должен заполнить нижеследующие медицинские формы. Убедитесь, что все они подписаны.

- 1. Запрос на выдачу лекарственных препаратов (Medication Administration Forms, MAF)** – заполняются врачом для получения ребенком лекарства или лечения в школе.
  - **Обратите внимание на наличие пяти отдельных форм MAF: для противоастматических, противоаллергических, диабетических, противосудорожных и всех остальных лекарственных средств.**
  - Представьте заполненные формы школьной медсестре или в школьный центр здоровья.
- 2. Запрос на предписанное немедикаментозное лечение (Medically Prescribed Treatment (Non-Medication) Form)** – заполняется врачом для получения специальных процедур в школе (питание через трубку, катетеризация мочевого пузыря, отсасывание мокроты и пр.). Форма используется для запроса любых процедур, выполняемых квалифицированным медицинским персоналом.
  - Представьте заполненные формы школьной медсестре или в школьный центр здоровья.
- 3. Запрос на адаптацию по Плану 504 (Request for Section 504 Accommodation)** – заполняется при необходимости специальных услуг (лифт, адаптация на тестировании/экзамене, услуги парапрофессионалов).
  - Форма **НЕ** используется при запросах на сопутствующие услуги (эрготерапия, физиотерапия, речевая терапия и логопедия, психотерапия).
  - Необходимо представить три формы:
    - Заполненный родителями **Запрос на адаптацию по плану 504** (необязательно для учащихся с IEP)
    - Разрешение на разглашение медицинской информации на основании HIPAA и
    - Запрос на медицинскую адаптацию, заполненный лечащим врачом ребенка. Эту форму необходимо заполнить для **всех** учащихся, которым требуются услуги на адаптацию в школе и транспорте, за исключением временных или долгосрочных медицинских показаний для учащихся с ограниченной подвижностью, которым требуется исключение при оказании транспортных услуг.
  - Подайте заполненные формы координатору услуг по ст. 504 или в группу IEP.

Вниманию родителей:

- Попросите лечащего врача ребенка заполнить необходимые формы (такие как запрос на выдачу лекарственных препаратов MAF).
- MAF и другие медицинские формы заполняются ежегодно и **должны быть предоставлены школьной медсестре/в школьный центр здоровья к 1 июня 2021 г.** на следующий учебный год. **Подача запроса после указанного срока может привести к задержке предоставления услуг.**
- Для учащихся с IEP:
  - Запрос на медицинскую адаптацию следует заполнять при необходимости внесения изменений в услуги.
  - **Формы, требующие рассмотрения группой IEP, должны быть представлены не менее чем за месяц до заседания по IEP.**
- Имеющиеся в школе препараты (альбутерол, фловент и эпинефрин) предназначены только для применения сотрудниками OSH в школе. Для их выдачи требуется заполнить запрос MAF. В дни школьных экскурсий и/или послеурочных программ вы должны обеспечить ребенка автоинъектором с эпинефрином (адреналином), противоастматическим ингалятором и другими утвержденными для самостоятельного приема лекарствами.
- **Для получения ребенком услуг в школе не забудьте поставить подпись на обороте запроса на выдачу лекарств (MAF) и других медицинских форм.**
- **Для удостоверения личности ребенка прикрепите его маленькую фотографию в верхнем левом углу запроса на выдачу лекарств (MAF).**

С вопросами обращайтесь к школьной медсестре, в группу IEP (если применимо) или к координатору услуг

по ст. 504.

**Вниманию лечащего врача: важная информация на обороте.**

**Инструкции для лечащего врача по заполнению формы запроса на медицинскую адаптацию**

Инструкции по заполнению формы:

- Медицинское обслуживание ребенка может осуществляться несколькими врачами. Форма заполняется врачом/поставщиком медицинских услуг, непосредственно ответственным за контроль состояния, обуславливающего необходимость запрашиваемых услуг.
- Эта форма должна быть заполнена лицензированным практикующим врачом (MD, DO, NP, PA), который проводит лечение ребенка и может предоставить клиническую информацию о медицинских диагнозах, указанных в качестве основы для этого запроса. Формы не могут заполняться родителем/опекуном или врачом-ординатором.

Все запросы о предоставлении адаптации основываются на медицинских показаниях. Удостоверьтесь, что указанная вами в формах информация является точной и полной. **Все запросы будут рассмотрены медицинскими сотрудниками OSH, которые свяжутся с вами при необходимости дополнительной информации.**

- В большинстве школ работают школьные медсестры. Запросы на услуги медсестры 1:1 подлежат индивидуальному рассмотрению.
- Разборчиво заполните все графы в этой форме. **Неразборчивые, неполные, не подписанные или не датированные формы не могут быть обработаны и будут возвращены родителю/опекуну учащегося.**
- Укажите полное имя и текущие диагнозы ребенка.
- Опишите влияние диагнозов/симптомов, медицинских проблем и/или проблем поведения на обучение ребенка в классе или пользование школьным транспортом, включая ограничения и/или требуемые вмешательства.
- Предоставьте документацию, результаты тестов и направления по специальным услугам, относящимся к запрашиваемой адаптации.
- **В запросе указываются только услуги, предписанные на учебный день или на период проведения других школьных программ и мероприятий.** Если прием лекарства может быть осуществлен дома, до или после школы, предписание в запрос не включается.
- Необходимо подать в школу Запрос на выдачу лекарств, (MAF) и/или Запрос на предписанное немедикаментозное лечение, если ребенку необходимо получение лекарств или услуг в школе. Для гарантии должного выполнения медсестрой всех процедур, врачебное предписание должно быть детальным и разборчиво написанным.
- Запросы на альтернативное лечение подлежат индивидуальному рассмотрению.
- Разборчиво напишите свое имя и фамилию и укажите номер лицензии штата Нью-Йорк, Нью-Джерси или Коннектикута и номер NPI.
- Форма запроса на медицинскую адаптацию:
  - Укажите дни и время, удобные для связи с вами.
  - Подпишите документ, подтверждающий точность представленной информации.
- Имеющийся в школе эпинефрин разрешается хранить в медицинском кабинете или в общем помещении класса Pre-K. Предписанный ребенку препарат переносится из помещения в помещение по мере передвижения ребенка.

Уровень навыков ребенка в самостоятельном использовании лекарств. Ребенку следует проявлять максимальную самостоятельность в школе. Врачу следует определить, требуется ли ребенку помощь медсестры, контроль со стороны взрослого или же он может принимать лекарства и выполнять процедуры самостоятельно.

- **Поддержка медсестры:** введение препарата медсестрой. Лекарство обычно хранится под замком в медицинском кабинете.
- **Прием под контролем:** самостоятельное введение препарата под контролем взрослого. Учащийся знает свое лекарство, его правильную дозировку и время приема, понимает причину, по которой он принимает лекарство, и в состоянии описать, что произойдет, если лекарство не принять.
- **Самостоятельный прием:** способность ребенка иметь при себе и самостоятельно и ответственно принимать препарат в школе, во время других школьных программ и мероприятий, в том числе школьных поездок. Для этого врачу необходимо поставить свои инициалы в соответствующем разделе формы. **Учащимся категорически запрещается иметь при себе контролируемые вещества.**
- ***Если в форме не указан уровень навыков ребенка в самостоятельном использовании лекарств, до получения указаний со стороны врача ребенка медицинские сотрудники OSH автоматически предоставят учащемуся статус нуждающегося в поддержке медсестры.***

Спасибо за содействие!