



طلب تقديم علاج موصوف طبيياً (غير دوائي)

استمارة طلب العلاج من المزود | مكتب الصحة المدرسية | للعام الدراسي 2023-2022
يرجى إعادة الاستمارة إلى ممرض(ة) المدرسة. الاستمارات المقدمة بعد يوم 1 يونيو/ حزيران قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي

الاسم الأخير للتلميذ(ة): _____ الجنس: ذكر أنثى رقم التعريف المدرسي (OSIS): _____ الاسم الأول: _____ الجديد: _____ الأوسط: _____
تاريخ الميلاد: _____ الفصل: _____
المنطقة التعليمية لإدارة التعليم: _____ المدرسة (ضمن رقم (ATSDBN) / الاسم والعنوان والحي): _____

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.

- Blood Pressure Monitoring Feeding Tube replacement if dislodged - specify in #5 Trach Replacement - specify in #5
- Chest Clapping/Percussion Oral / Pharyngeal Suctioning: Cath Size _____ Fr. Vagus Nerve Stimulator
- Clean Intermittent Catheterization: Cath Size _____ Fr. Ostomy Care Other: _____
- Central Line Oxygen Administration - specify in #2
- Dressing Change Postural Drainage
- Feeding: Cath Size _____ Fr. Pulse Oximetry monitoring
- Nasogastric G-Tube J-Tube Trach Care: Trach. Size _____
- Bolus Pump Gravity Spec./Non-Standard* Trach 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-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: _____

Premixing of medications and feedings by parents is no longer permissible for a nurse to administer. 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 nurse (if one is assigned and present) in case of emergency, including 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: _____ First Name: _____ MD DO NP PA

Address: _____

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

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

Practitioner's Signature: _____

يجب على الآباء التوقيع
على الصفحة 2 →

طلب تقديم علاج موصوف طبياً (غير دوائي)
استمارة طلب تقديم العلاج | مكتب الصحة المدرسية | للعام الدراسي 2023-2022
يرجى إعادة الاستمارة إلى ممرض(ة) المدرسة. الاستمارات المقدمة بعد يوم 1 يونيو/ حزيران قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد.

الآباء/ أولياء الأمور، أقرؤوا واكملوا ووقعوا هذه الاستمارة: بتوقيعي أنا، أوافق على ما يلي:

1. أوافق على أن يتم تخزين المستلزمات الطبية، والمعدات، والعلاجات الموصوفة الخاصة بطفلي وإعطائه إياها في المدرسة بناءً على توجيهات ممارس الرعاية الصحية لطفلي. 2. وأنا أدرك أنه:
 - يجب أن أعطي ممرض(ة) المدرسة المستلزمات الطبية، والمعدات، والعلاجات الخاصة بطفلي.
 - يجب أن تكون جميع المستلزمات التي أعطيها للمدرسة جيدة وغير مفتوحة، وفي القارورة أو العلبة الأصلية. سوف أزود المدرسة بالأدوية الحالية الصالحة للاستخدام طفلي أثناء أيام الدراسة.
 - يجب عنوانة المستلزمات والمعدات والعلاجات باسم طفلي وتاريخ ميلاده.
 - يجب أن أخبر ممرضة المدرسة فوراً عن أي تغيير في علاجات طفلي أو تعليمات ممارس الرعاية الصحية.
 - يعتمد مكتب الصحة المدرسية (OSH) وكلاءه المشاركين في تقديم الخدمة (الخدمات) الصحية المذكورة أعلاه إلى طفلي على دقة المعلومات المقدمة في هذه الاستمارة.
 - بتوقيعي على هذه الاستمارة، أصرّح لمكتب الصحة المدرسية (OSH) بتقديم الخدمات الصحية لطفلي. وأنا أدرك أن هذه الخدمات قد تتضمن تقييماً أكلينيكياً أو فحصاً بدنياً من طرف ممارس الرعاية الصحية أو الممرض(ة) بمكتب الصحة المدرسية (OSH).
 - ينتهي أمر العلاج/ إرشادات العلاج المذكورة على هذه الاستمارة في نهاية العام الدراسي لطفلي، والذي قد يشمل الححصن الصيفية، أو عندما أعطي ممرضة المدرسة استمارة جديدة (أيها أقرب). عندما تنتهي صلاحية طلب تقديم العلاج هذا، سأقدم لممرضة طفلي المدرسة استمارة (MAF) جديدة مكتوبة بواسطة ممارس الرعاية الصحية لطفلي. لن يحتاج مكتب الصحة المدرسية (OSH) لتوقيعي لكتابة استمارات إعطاء الدواء (MAFs) المستقبلية.
 - تمثل هذه الاستمارة موافقتي وطلب تقديم الخدمات الطبية المذكورة في هذه الاستمارة. وهي لا تمثل اتفاقاً مع مكتب الصحة المدرسية (OSH) لتوفير الخدمات المطلوبة. إذا قرر مكتب الصحة المدرسية (OSH) تقديم هذه الخدمات، قد يحتاج طفلي أيضاً إلى خطة لتسهيلات التلميذ. ستقوم المدرسة بوضع هذه الخطة.
 - لأغراض تقديم الرعاية الصحية أو العلاج لطفلي، يمكن لمكتب الصحة المدرسية (OSH) الحصول على أي معلومات أخرى يعتقد أنها ضرورية عن الحالة الطبية لطفلي أو أوبئته أو علاجه. قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على هذه المعلومات من أي ممارس رعاية صحية أو ممرضة أو صيدلي قدم خدمات صحية لطفلي.

أخذ الدواء بشكل ذاتي (للتلاميذ المستقلين فقط):

- أقر/ أؤكد أن طفلي قد تلقى تدريباً كاملاً ويمكنه القيام بالعلاج من تلقاء نفسه. أوافق على أن يقوم طفلي بحمل وتخزين والقيام بالعلاج الموصوف على هذه الاستمارة بنفسه في المدرسة. أنا مسؤول عن إعطاء طفلي المستلزمات والمعدات المعنونة والموصوفة أعلاه. أنا أيضاً مسؤول عن مراقبة استخدام طفلي للعلاج، وعن جميع نتائج استخدام طفلي لهذا العلاج الذاتي في المدرسة. ستؤكد ممرضة المدرسة قدرة طفلي على القيام بالعلاج بنفسه. كما أوافق على إعطاء المدرسة معدات أو مستلزمات "احتياطية" معنونة بوضوح في حالة عدم قدرة طفلي على القيام بالمعالجة الذاتية.

ليس من الممكن بعد الآن أن يقوم الممرض(ة) بتقديم مزيج الأدوية والأطعمة الذي يحضره الوالد(ة). يمكن للممرض(ة) تحضير ومزج الأدوية والأطعمة لتقديمها بواسطة (G-tube) كما أمر بذلك مقدم الرعاية الصحية الأساسي للتلميذ(ة).

الاسم الأخير للتلميذ(ة): _____ الاسم الأول: _____ الأوسط: _____ تاريخ الميلاد: _____
اسم المدرسة/ رقم (ATSDBN): _____ الحي: _____ المنطقة التعليمية: _____

عنوان البريد الإلكتروني للوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر: _____ عنوان الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر: _____
أرقام الهاتف: أثناء النهار: _____ المنزل: _____ الهاتف المحمول: * _____
اسم الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر: _____ توقيع الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر: _____ تاريخ التوقيع: _____

طرف اتصال بديل لحالات الطوارئ:

الاسم: _____ العلاقة بالتلميذ(ة): _____ رقم طرف الاتصال: _____

لاستخدام مكتب الصحة المدرسية (OSH) فقط / 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