

এখানে  
শিক্ষার্থীর ছব্ব  
সংযুক্ত করুন

চিকিৎসকের ব্যবস্থাপত্র অনুযায়ী চিকিৎসা প্রদানের অনুরোধ (নন-মেডিকেশন)

সেবা প্রদানকারীর চিকিৎসা প্রদানের অর্ডার ফর্ম | অফিস অভ স্কুল হেলথ | 2022-2023 শিক্ষা বছর

অনুগ্রহ করে স্কুল নার্সের কাছে ফেরত দিন। পহেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেরি হতে পারে

শিক্ষার্থীর শেষ নাম: \_\_\_\_\_ প্রথম নাম: \_\_\_\_\_ মধ্য: \_\_\_\_\_

জন্মতারিখ: \_\_\_\_\_ লিঙ্গ:  পুরুষ  নারী OSIS নম্বর: \_\_\_\_\_ গ্রেড: \_\_\_\_\_ ক্লাস: \_\_\_\_\_

DOE ডিস্ট্রিক্ট: \_\_\_\_\_ স্কুল (ATS DBN/নাম, ঠিকানা, এবং বরো উল্লেখ করুন):

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 adversereactions, 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: \_\_\_\_\_

## চিকিৎসকের ব্যবস্থাপত্র অনুযায়ী চিকিৎসা প্রদানের অনুরোধ (নন-মেডিকেশন)

সেবা প্রদানকারীর ব্যবস্থাপত্র অনুযায়ী চিকিৎসা প্রদানের ফর্ম। অফিস অভ স্কুল হেলথ। 2022-2023 শিক্ষা বছর  
অনুগ্রহ করে স্কুল নার্সের কাছে ফেরত দিন। পহেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেরি হতে পারে।

পিতামাতা/অভিভাবকগণ পড়ুন, পূরণ করুন, এবং স্বাক্ষর করুন: নিচে স্বাক্ষর দিয়ে আমি নিম্নলিখিত বিষয়গুলো মেনে নিচ্ছি:

- আমি আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনা অনুযায়ী ঔষধ-পত্র, সরঞ্জাম (ইকুইপমেন্ট) এবং ব্যবস্থাপত্র অনুযায়ী চিকিৎসার নির্দেশনা সংরক্ষণ করার এবং অতঃপর স্কুলে দেয়ার অনুমতি দিচ্ছি।
- আমি বুঝি যে:
  - আমি অবশ্যই স্কুল নার্সের কাছে আমার সন্তানের ঔষধ-পত্র, সরঞ্জাম (ইকুইপমেন্ট) এবং ট্রিটমেন্ট (ব্যবস্থাপত্র অনুযায়ী চিকিৎসা) জমা দিব।
  - আমি যেসব ঔষধ-পত্র স্কুলে দিব, সেগুলো অবশ্যই নতুন, মুখবন্ধ, এবং আসল (অরিজিন্যাল) বোতল বা বাক্সে ভরা থাকবে। স্কুল দিবসে ব্যবহার করার জন্য আমি স্কুলে বর্তমান, বাতিল (এক্সপায়ার) হয়ে যায়নি এমন ঔষধ-পত্র প্রদান করবো।
    - ঔষধ-পত্র, সরঞ্জাম (ইকুইপমেন্ট) এবং ট্রিটমেন্টের উপর আপনার সন্তানের নাম এবং জন্মতারিখ লেখা থাকা উচিত।
  - আমার সন্তানের চিকিৎসা অথবা স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনায় কোন পরিবর্তন হলে স্কুল নার্সকে অবশ্যই অতিসত্বর জানাবো।
  - অফিস অভ স্কুল হেলথ (OSH) এবং এর এজেন্টরা আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য পরিষেবা দেয়ার সময় এই ফর্ম-এর তথ্যের সঠিকতার উপর নির্ভর করেন।
  - এই ফর্মটি স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, OSH-কে স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানের অনুমতি দিচ্ছি। এই পরিষেবাগুলোর মধ্যে থাকতে পারে, কিন্তু এর মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়, OSH-এর স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী অথবা নার্স দ্বারা ক্লিনিক্যাল মূল্যায়ন অথবা শারীরিক পরীক্ষা (ফিজিক্যাল এক্সাম)।
  - সামান্য অধিবেশনসহ আমার সন্তানের স্কুল বছর শেষ হলে কিংবা আমি স্কুল নার্সের কাছে একটি নতুন ফর্ম দিলে (দুটির যেটা আগে হবে), এই ফর্ম-এর চিকিৎসা-নির্দেশনা/আদেশ মেয়াদোত্তীর্ণ হবে। যখন ঔষধ সেবনের নির্দেশনা মেয়াদোত্তীর্ণ (এক্সপায়ার্ড) হয়ে যাবে, আমি তখন আমার সন্তানের স্কুল নার্সের কাছে স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর দ্বারা পূরণকৃত নতুন একটি MAF অবশ্যই প্রদান করবো। ভবিষ্যতে MAF-এর জন্য আমার স্বাক্ষর OSH-এর প্রয়োজন হবে না।
  - এই ফর্মটি আমার অনুমতি এবং এই ফর্মে চিকিৎসা (মেডিক্যাল) প্রদানজনিত সেবার অনুরোধ যেভাবে বর্ণিত আছে সেটার প্রতিনিধিত্ব করে। এটা OSH-এর কাছে অনুরোধকৃত সেবাগুলো প্রদানের কোনও চুক্তি নয়। যদি OSH এই পরিষেবাগুলো প্রদান করার সিদ্ধান্ত নেয়, তবে আমার সন্তানের হয়তো স্টুডেন্ট অ্যাকোমোডেশন প্ল্যান লাগতে পারে। এই প্ল্যানটি স্কুল পূরণ করবে।
  - আমার সন্তানকে সেবা এবং চিকিৎসা প্রদানের উদ্দেশ্যে, OSH প্রয়োজন মনে করলে আমার সন্তানের শারীরিক অবস্থা, ঔষধ অথবা চিকিৎসা সম্পর্কিত অন্যান্য তথ্য সংগ্রহ করতে পারে। আমার সন্তানের স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করেছেন যেসব হেলথ কেয়ার প্র্যাকটিশনার, নার্স, অথবা ফার্মাসিস্ট, তাদের কাছ থেকে এসব তথ্য OSH সংগ্রহ করতে পারে।

### নিজে চিকিৎসা করার জন্য (শুধুমাত্র স্বনির্ভর শিক্ষার্থীরা):

- আমি প্রত্যয়ন/নিশ্চিত করছি যে আমার সন্তান নিজে ঔষধ সেবনে পুরোপুরি প্রশিক্ষিত এবং নিজেই নিজের চিকিৎসা করবে। এই ফর্মে নির্দেশনা অনুযায়ী, আমার সন্তানকে স্কুলে ট্রিটমেন্ট বহন করার, সংরক্ষণ করার, এবং নিজে সেবন করার সম্মতি দিচ্ছি। আমার সন্তানকে ঔষধের উপরে যেভাবে বর্ণিত হয়েছে সেই অনুযায়ী বোতল অথবা বাক্স প্রদানে দায়বদ্ধ। আমার সন্তানের চিকিৎসার প্রতি, এবং নিজে চিকিৎসা স্কুলে করার ফলে যে প্রভাব পড়তে পারে সে ব্যাপারে লক্ষ্য রাখতে আমি দায়বদ্ধ। আমার সন্তান নিজে নিজের চিকিৎসা করতে পারবে কিনা তা স্কুল নার্স নিশ্চিত করবে। আমার সন্তান নিজে নিজের চিকিৎসা দিতে না পারলে আমি স্কুলকে স্পষ্টভাবে লেবেলকৃত “ব্যাক আপ” সরঞ্জাম অথবা সাপ্লাই প্রদানের সম্মতিও দিচ্ছি।

পিতামাতা কর্তৃক পূর্ব-মিশ্রিত ঔষধ ও খাবার, নার্স কর্তৃক সেবন আর অনুমোদিত নয়। শিক্ষার্থীর প্রাথমিক স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী কর্তৃক নির্দেশনা অনুযায়ী, নার্স ঔষধ প্রস্তুত ও মেশাতে এবং জি-টিউবের মাধ্যমে খাওয়াতে পারেন।

শিক্ষার্থীর শেষ নাম: \_\_\_\_\_ প্রথম নাম: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_ জন্মতারিখ: \_\_\_\_\_

স্কুলের ATS DBN/নাম \_\_\_\_\_ বরো: \_\_\_\_\_ ডিস্ট্রিক্ট: \_\_\_\_\_

পিতামাতা/অভিভাবকের ইমেইল: \_\_\_\_\_ পিতামাতা/অভিভাবকের ঠিকানা: \_\_\_\_\_

ফোন নম্বর: দিনে: \_\_\_\_\_ বাড়ি: \_\_\_\_\_ সেলফোন\*: \_\_\_\_\_

পিতামাতা/অভিভাবকের নাম: \_\_\_\_\_ পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_ স্বাক্ষর দেয়ার তারিখ: \_\_\_\_\_

জরুরী পরিস্থিতিতে বিকল্প যোগাযোগ:

নাম: \_\_\_\_\_ শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক: \_\_\_\_\_ যোগাযোগের নম্বর: \_\_\_\_\_

For Office of School Health (OSH) Use Only

শুধুমাত্র অফিস অভ স্কুল হেলথ (OSH)-এর ব্যবহারের জন্য

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

T&I 34186 Request for Provision of Medically Prescribed Treatment (Non-Medications) 2022-23 (Bangla)