



**ЗАПРОС НА ПРЕДПИСАННОЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ**  
Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | 2022-2023 уч.г.  
**Вернуть школьной медсестре.**

**Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.**

Фамилия ребенка: \_\_\_\_\_ Имя: \_\_\_\_\_ Ср. имя: \_\_\_\_\_  
Дата рождения: \_\_\_\_\_ Пол:  мужской  женский Номер учащегося (OSIS): \_\_\_\_\_ Уч. уровень: \_\_\_\_\_ Класс: \_\_\_\_\_  
Школьный округ DOE: \_\_\_\_\_ Школа (DBN/название в ATS, номер, адрес и район): \_\_\_\_\_

**HEALTHCARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW / ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ РЕБЕНКА**

**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 Replacement - specify in #5 |
| <input type="checkbox"/> Chest Clapping/Percussion   | <input type="checkbox"/> Oral / Pharyngeal Suctioning: Cath Size _____ Fr.     | <input type="checkbox"/> Vagus Nerve Stimulator            |
| <input type="checkbox"/> Clean Intermittent Catheterization: Cath Size _____ Fr.   | <input type="checkbox"/> Ostomy Care   | <input type="checkbox"/> Other: _____                      |
| <input type="checkbox"/> Central Line  | <input type="checkbox"/> Oxygen Administration - specify in #2                 |  |
| <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"/> Trach Care: Trach. Size _____                         |  |
| <input type="checkbox"/> Bolus <input type="checkbox"/> Pump <input type="checkbox"/> Gravity <input type="checkbox"/> Spec./Non-Standard* | <input type="checkbox"/> 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: \_\_\_\_\_

## ЗАПРОС НА ПРЕДПИСАННОЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | 2022-2023 уч.г.

Вернуть школьной медсестре.

Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

### ВНИМАНИЮ РОДИТЕЛЕЙ И ОПЕКУНОВ! ПРОЧИТАЙТЕ, ЗАПОЛНИТЕ И ПОДПИШИТЕ. Я, НИЖЕПОДПИСАВШИЙСЯ, ВЫРАЖАЮ СОГЛАСИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЕ:

- Я даю согласие на хранение и выдачу ребенку в школе необходимых средств и материалов для проведения процедур в соответствии с предписаниями его лечащего врача.
- Я понимаю, что
  - Мне требуется обеспечить школьную медсестру всеми необходимыми ребенку медицинскими принадлежностями и материалами.
  - Все материалы, предоставляемые школе, должны быть новыми, в запечатанной фабричной или аптечной упаковке. Я обеспечу школу непросроченными, назначенным на текущее время принадлежностями для их применения ребенком в течение учебного дня.
    - На упаковке должна быть этикетка с именем, фамилией и датой рождения ребенка.
  - Я обязан(а) незамедлительно уведомлять школьную медсестру обо всех изменениях в лечении ребенка или инструкциях его лечащего врача.
  - Отдел школьного здравоохранения (OSH) и его представители, ответственные за предоставление ребенку вышеуказанной услуги/услуг, руководствуются информацией, представленной в данной форме.
  - Своей подписью в документе я разрешаю Отделу школьного здравоохранения (Office of School Health, OSH) оказывать медицинские услуги ребенку. Эти услуги могут включать, в частности, клиническую оценку и медицинский осмотр, проводимые врачом или медсестрой OSH.
  - Действие запроса истекает в конце учебного года, который может включать летние занятия, или по представлении мной новой формы школьной медсестре (в зависимости от того, что наступит ранее). По истечении этого врачебного предписания я представлю школьной медсестре новую форму MAF, заполненную лечащим врачом ребенка. В дальнейшем Отделу школьного здравоохранения не понадобится моя подпись для оформления MAF.
  - Данная форма представляет собой мой запрос и разрешение на указанные медицинские услуги. Она не является договором с OSH об оказании запрашиваемых услуг. В случае согласия OSH на предоставление этих услуг, ребенку также потребуется План адаптации (Student Accommodation Plan), который оформляется школой.
  - В целях предоставления медицинских услуг или лечения моего ребенка я разрешаю OSH обращаться за необходимой информацией о состоянии здоровья ребенка, его лекарствах и/или лечении к врачам, медсестрам и фармацевтам, предоставляющим ребенку медицинские услуги.

### САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

- Настоящим заявляю/подтверждаю, что ребенок прошел обучение и может выполнять процедуры. Я также разрешаю ребенку иметь при себе, хранить медицинские принадлежности и материалы, а также самостоятельно проводить в школе предписанные в форме медицинские процедуры. Я несу ответственность за предоставление ребенку материалов и лекарственных средств в упаковке, как описано выше. Я также несу ответственность за контроль выполнения ребенком процедур, а также за все последствия процедур, самостоятельно выполненных в школе. Школьная медсестра удостоверяет способность ребенка самостоятельно проводить процедуру. Я даю согласие на предоставление запасных материалов и инструментов упаковке с разборчиво надписанной этикеткой для хранения в школе на случай временной утраты ребенком способности проводить процедуру самостоятельно.

**Медсестра не имеет право разрешать родителям предварительно готовить смеси лекарства и проводить кормление. Ей разрешается готовить смеси лекарства и проводить кормление через гастростомическую трубку в соответствии с указаниями лечащего врача ребенка.**

Фамилия ребенка: \_\_\_\_\_ Имя: \_\_\_\_\_ Ср. имя \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_

Информация о школе: **DBN/Название в ATS:** \_\_\_\_\_ Район: \_\_\_\_\_ Округ: \_\_\_\_\_

Имейл родителя/опекуна: \_\_\_\_\_ Адрес родителя/опекуна: \_\_\_\_\_

Номера телефонов: Дневной: \_\_\_\_\_ Домашний: \_\_\_\_\_ Мобильный\*: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия родителя/опекуна: \_\_\_\_\_ Подпись родителя/опекуна: \_\_\_\_\_ Дата подписания: \_\_\_\_\_

#### Другое контактное лицо для срочной связи

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Родство с учащимся: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

### For Office of School Health (OSH) Use Only / Для служебных отметок OSH

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