

طالب علم کا آخری نام: \_\_\_\_\_ پہلا نام: \_\_\_\_\_  
تاریخ پیدائش: صنف: \_\_\_\_\_ لڑکا □ لڑکی □  
OSIS نمبر: \_\_\_\_\_ ہیں۔ درمیانی نام: \_\_\_\_\_  
DOE ضلع: \_\_\_\_\_ اسکول (ATSDBN / نام، نمبر، پتہ اور برو شامل کریں): \_\_\_\_\_  
کلاس: \_\_\_\_\_ گریڈ: \_\_\_\_\_

### 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.

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <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: \_\_\_\_\_

طبی تجویز کردہ علاج (غیر ادویاتی) کے اہتمام کی درخواست  
 فراہم کنندہ کے علاج کرنے کا آرڈر فارم | اسکول کا دفتر صحت | تعلیمی سال 2022-2023  
 براہ کرم اسکول نرس کو واپس کریں۔ 1۔ جون کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کر سکتے ہیں۔

والدین / سرپرست مطالعہ کریں، مکمل کریں اور دستخط کریں۔ ذیل میں دستخط کر کے میں اس پر متفق ہوں کہ:

- میں اپنے بچے کے طبی سامان، آلات اور تجویز کردہ علاج کو محفوظ کرنے اور اسکول میں میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت معالج (ہیلتھ کنٹر پریکٹیشنر) کے ہدایات کے مطابق دینے کی اجازت دیتا ہوں۔
- میں سمجھتا ہوں کہ:
  - مجھے اسکول نرس کو اپنے بچے کا طبی سامان، آلات اور ادویات دینے لازمی ہیں۔
  - تمام ساز و سامان جو میں اسکول کو دونگا وہ نیا، سیل بند، اور اصل بوتل یا ڈبے میں ہونا لازمی ہیں۔ میں اپنے بچے کو اسکول کے دنوں میں استعمال کے لیے جدید، غیر منسوخ شدہ سامان استعمال کرنے کے لیے اسکول کو فراہم کروں گا۔
    - سامان، آلات اور علاج پر میرے بچے کے نام اور تاریخ پیدائش کا لیبل لگا ہونا چاہیے۔
  - مجھے اپنے بچے کی علاج یا صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات میں کسی بھی تبدیلی سے اسکول نرس کو فوراً آگاہ کرنا لازمی ہے۔
  - اسکول کا دفتر صحت (OSH) اور اس کے نمائندے جو مندرجہ بالا خدمت (خدمات) میرے بچے کو فراہم کرنے میں شامل ہیں، اس فارم کی معلومات کے صحیح ہونے پر انحصار کر رہے ہیں۔
  - اس فارم پر دستخط کر کے، میں باضابطہ طور پر OSH کو میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ ان خدمات میں شامل ہو سکتی ہیں لیکن انہی تک محدود نہیں، OSH کے طبی نگہداشت پیشہ ور یا نرس کے ذریعے کلینکی تشخیص یا ایک جسمانی معائنہ۔
  - علاج کی ہدایات / آرڈر میرے بچے کے تعلیمی سال کے آخر میں ختم ہوجائے گا، جس میں موسم گرما کا دورانیہ شامل ہو سکتا ہے، یا جب میں اسکول نرس کو ایک نیا فارم فراہم کروں (جو پہلے واقع ہو) جب اس دوا کے آرڈر کی میعاد منسوخ ہوجائے، میں اپنے بچے کی اسکول نرس کو میرے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور کے ذریعے تحریر کردہ ایک نیا MAF فراہم کرونگا۔ OSH کو مستقبل میں MAFs کے لیے میرے دستخط کی ضرورت نہیں ہوگی۔
  - یہ فارم میری اجازت اور اس فارم میں بیان کردہ طبی خدمات کی درخواست کی نمائندگی کرتا ہے۔ یہ OSH کی جانب سے درخواست کردہ خدمات فراہم کیے جانے کا معاہدہ نہیں ہے۔ اگر OSH یہ خدمات فراہم کرنے کا فیصلہ کرتا ہے، میرے بچے کو ایک طالب علم سہولت منصوبے کی بھی ضرورت ہو سکتی ہے۔ اس منصوبے کو اسکول مکمل کرے گا۔
  - OSH میرے بچے کو درکار نگہداشت یا علاج کی فراہمی کے لیے، دیگر کوئی بھی معلومات حاصل کر سکتا ہے جو انکے خیال میں میرے بچے کی طبی صورت حال، دوا یا علاج کے لیے ضروری ہے۔ OSH یہ معلومات کسی بھی ایسے طبی نگہداشت کے پیشہ ور، نرس، یا دوا فروش سے حاصل کر سکتا ہے جنہوں نے میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کی ہیں۔

#### خود ادویات لینے کے لیے (صرف برائے خود مختار طلبا):

- میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میرا بچہ مکمل تربیت یافتہ ہے اور وہ خود سے علاج (ٹریٹمنٹس) کر سکتا ہے۔ میں اپنے بچے کو اس فارم پر دی گئی ٹریٹمنٹس ساتھ رکھنے، محفوظ کرنے اور خود سے لینے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں اپنے بچے کو یہ سامان اور آلات مذکورہ بالا کے مطابق لیبل لگا ہوا دینے کا ذمہ دار ہوں۔ میں اپنے بچے کے علاج کی نگرانی کرنے، اور اسکول میں میرے بچے کے خود سے علاج کرنے کے تمام نتائج کا بھی ذمہ دار ہوں۔ اسکول نرس میرے بچے کی خود سے ٹریٹمنٹ لینے کی اہلیت کی تصدیق کرے گی۔ میں اسکول کو واضح لیبل لگے "محفوظ ذخیرہ" ("بیک اپ") آلات اور سامان دینے پر بھی رضامند ہوں ایسی صورت میں کہ میرا بچہ خود سے علاج کرنے سے قاصر ہو۔

اب سے والدین کو نرس کے ادویات اور فیڈنگز دینے کے لیے ان کو پہلے سے ملانے کی اجازت نہیں ہے۔ نرسیں بچے کے بنیادی طبی فراہم کنندہ کی ہدایات کے مطابق دواہوں اور فیڈنگ کو جی۔ ٹیوب کے ذریعے دینے کے لیے تیار اور ملا سکتی ہیں۔

طالب علم کا آخری نام: \_\_\_\_\_ پہلا نام: \_\_\_\_\_ درمیانہ نام: \_\_\_\_\_ تاریخ پیدائش: \_\_\_\_\_

اسکول کا ATSDBN / نام: \_\_\_\_\_ برو: \_\_\_\_\_ ضلع: \_\_\_\_\_

والدین / سرپرست کا ای میل: \_\_\_\_\_ والدین / سرپرست کا پتہ: \_\_\_\_\_

ٹیلیفون نمبرز: دن کے وقت: \_\_\_\_\_ گھر: \_\_\_\_\_ سیل فون: \* \_\_\_\_\_

والدین / سرپرست کا نام: \_\_\_\_\_ والدین / سرپرست کے دستخط: \_\_\_\_\_ دستخط کی تاریخ: \_\_\_\_\_

ہنگامی صورت میں متبادل رابطہ فرد کا نام:

نام: طالب علم کے ساتھ رشتہ \_\_\_\_\_ رابطہ نمبر: \_\_\_\_\_

#### صرف اسکول کا دفتر صحت (OSH) کے استعمال کے لیے / 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

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