



أرفق صورة
التلميذ(ة) هنا

طلب تقديم معالجة موصوفة طبياً (غير دوائية)

استمارة طلب علاج من مقدم الخدمة | مكتب الصحة المدرسية | للعام الدراسي 2021-2020

المرجو إعادتها إلى ممرضة المدرسة. إرسال الاستمارات بعد 1 يونيو/ حزيران، قد يؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد.

ذكر
 أنثى

تاريخ الميلاد ____/____/____
الشهر اليوم السنة

الأوسط

الاسم الأول

التلميذ(ة) الاسم الأخير

الوزن (كغ) _____

رقم التعريف المدرسي للتلميذ(ة) _____

الفصل

الصف

المنطقة التعليمية لإدارة التعليم

المدرسة (بما في ذلك الاسم، والرقم، والعنوان، والحي)

HEALTH CARE 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"/> Clean Intermittent Catheterization Cath Size ____Fr. | <input type="checkbox"/> Tracheostomy Care Trach. Size ____. | <input type="checkbox"/> Ostomy Care |
| <input type="checkbox"/> Central Venous Line | <input type="checkbox"/> Trach. suctioning Cath. Size ____Fr. | <input type="checkbox"/> Chest Clapping |
| <input type="checkbox"/> G-Tube Feeding*: <input type="checkbox"/> Bolus <input type="checkbox"/> Pump <input type="checkbox"/> Gravity Cath Size ____Fr. | <input type="checkbox"/> Trach replacement - specify in area below | <input type="checkbox"/> Percussion |
| <input type="checkbox"/> J-Tube Feeding*: <input type="checkbox"/> Bolus <input type="checkbox"/> Pump <input type="checkbox"/> Gravity Cath Size ____Fr. | <input type="checkbox"/> Oxygen Administration - specify in area below | <input type="checkbox"/> Postural Drainage |
| <input type="checkbox"/> Naso-Gastric Feeding* Cath Size ____Fr. | <input type="checkbox"/> Pulse Oximetry monitoring | <input type="checkbox"/> Dressing Change |
| <input type="checkbox"/> Specialized/Non-Standard Feeding* Cath Size ____Fr. | <input type="checkbox"/> Vagus Nerve Stimulator | |
| <input type="checkbox"/> Feeding Tube replacement if dislodged - specify in area below | <input type="checkbox"/> Other: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Oral / Pharyngeal 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 for school/field trips/school-sponsored events

Practitioner's initials

1. Diagnosis: _____ Enter ICD-10 Codes and Conditions (RELATED TO THE DIAGNOSIS)
 _____ _____ _____

Diagnosis is self-limited Yes No

2. 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: _____ _____ prn O2 Sat < ____% _____
 Amount (L) Route Frequency/specific time(s) of administration Specify Symptoms

Other Treatment: _____ _____ prn _____
 Treatment Name Route Frequency/specific time(s) of administration Specify Symptoms

Additional Instructions or Treatment:

3. Conditions under which treatment should not be provided:

4. Possible side effects/adverse reactions to treatment:

5. Specific instructions for nurse (if one is assigned and present) in case of adverse reactions, including dislodgement or blockage of tracheostomy or feeding tube:

6. Specific instructions for non-medical school personnel in case of adverse reactions, including dislodgement of tracheostomy or feeding tube:

7. Date(s) when treatment should be: Initiated ____/____/____ Terminated ____/____/____

Health Care Practitioner Name LAST
 (Please print and circle one: MD, DO, NP, PA)

FIRST

Signature

Date ____/____/____

Address

NYS License # (Required)

NPI #

Tel. (____)____-____

Fax. (____)____-____

الآباء/ أولياء الأمور، يرجى تعبئة القسم أدناه

بتوقيعكم أدناه، فأنتم توافقون على ما يلي:

- أوافق على تخزين أدوية طفلي وإعطائها في المدرسة بناءً على توجيهات ممارس الرعاية الصحية لطفلي. أوافق أيضاً على تخزين أي معدات مطلوبة لأدوية طفلي واستخدامها في المدرسة.
- وأنا أدرك أنه:
 - يجب أن أعطي ممرضة المدرسة أدوية ومعدات طفلي. سأحاول أن أعطي أقلام إبينيفرين (epinephrine) للمدرسة مع إبر قابلة للسحب.
 - يجب أن تكون جميع الوصفات الطبية والأدوية "التي لا تستلزم وصفة طبية" التي أعطيها للمدرسة جديدة وغير مفتوحة، وفي العبوة أو العبوة الأصلية. سوف أقوم بتزويد المدرسة بأدوية حديثة لم تنته صلاحيتها استخدامها لطفلي خلال أيام المدرسة.
 - يجب أن يحمل الدواء الموصوف ملصق الصيدلية الأصلي على العبوة أو العبوة. يجب أن يتضمن الملصق ما يلي: (1) اسم طفلي، (2) اسم الصيدلية ورقم الهاتف، (3) اسم طبيب الرعاية الصحية لطفلي، (4) التاريخ، (5) عدد مرات إعادة التعبئة، (6) اسم الدواء، (7) الجرعة، (8) متى يجب تناول الدواء، (9) كيفية تناول الدواء، (10) أي إرشادات أخرى.
 - أشهد/ أؤكد أنني تشاورت مع ممارس الرعاية الصحية لطفلي وأوافق على إعطاء مكتب الصحة المدرسية (OSH) لطفلي أدوية مخزونة في حالة عدم توفر أدوية الربو أو إبينيفرين (epinephrine) لدى طفلي.
 - يجب علي القيام فوراً بإخطار ممرضة المدرسة عن أي تغيير في دواء طفلي أو تعليمات ممارس الرعاية الصحية.
 - يعتمد مكتب الصحة المدرسية (OSH) ووكلائه المشاركون في تقديم الخدمة (الخدمات) الصحية المذكورة أعلاه لطفلي على دقة المعلومات في هذه الاستمارة.
 - من خلال التوقيع على استمارة إعطاء الدواء (MAF)، أخول مكتب الصحة المدرسية (OSH) بتقديم خدمات صحية لطفلي. هذه الخدمات قد تتضمن، على سبيل المثال وليس الحصر، تقييماً اكلينيكياً أو فحصاً بدنياً من طرف ممارس الرعاية الصحية أو الممرضة بمكتب الصحة المدرسية (OSH).
 - تنتهي صلاحية استمارة إعطاء الدواء (MAF) في نهاية العام الدراسي لطفلي، والتي قد تشمل الدورة الصفية، أو عندما أعطي ممرضة المدرسة استمارة إعطاء دواء (MAF) جديدة (أيهما أقرب). عندما تنتهي صلاحية طلب الدواء هذا، سأعطي ممرضة مدرسة طفلي استمارة إعطاء دواء (MAF) جديدة كتبها ممارس الرعاية الصحية لطفلي. لن يحتاج مكتب الصحة المدرسية (OSH) إلى توقيعي من أجل استمارات إعطاء الدواء (MAFs) المستقبلية.
 - تمثل هذه الاستمارة موافقتي وطلباً للحصول على خدمات الحساسية الموضحة بهذه الاستمارة. وهي لا تمثل اتفاقية مع مكتب الصحة المدرسية (OSH) لتقديم الخدمات المطلوبة. إذا قرر مكتب الصحة المدرسية (OSH) توفير هذه الخدمات، فقد يحتاج طفلي أيضاً إلى خطة تسهيلات التلميذ. هذه الخطة سيتم إكمالها من قبل المدرسة.
 - لغرض تقديم رعاية أو علاج لطفلي، قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على أي معلومات أخرى يعتقد أنها ضرورية بشأن حالة طفلي الطبية أو أدويته أو علاجه. يجوز لمكتب الصحة المدرسية (OSH) الحصول على هذه المعلومات من أي ممارس رعاية صحية أو ممرضة أو صيدلي قدم خدمات صحية لطفلي.

التناول الذاتي للعلاج (للتلاميذ المستقلون فقط):

- أشهد/ أؤكد أن طفلي قد تم تدريبه بالكامل ويمكنه تناول الدواء بمفرده. أوافق على حمل طفلي الدواء الموصوف في هذه الاستمارة في المدرسة وتخزينه وتناوله. أنا مسؤول عن إعطاء طفلي هذا الدواء في عيوات أو علب كما هو موضح أعلاه. أنا مسؤول أيضاً عن مراقبة استخدام طفلي للأدوية، وعن جميع نتائج استخدام طفلي لهذا الدواء في المدرسة. ستؤكد ممرضة المدرسة قدرة طفلي على حمل الدواء وتناوله. أوافق أيضاً على إعطاء المدرسة "عبوة احتياطية" للدواء في عبوة أو عبوة ذات ملصق واضح.
- أوافق على أن تقوم ممرضة المدرسة أو موظفي المدرسة المدربين بإعطاء طفلي دواء إبينيفرين (epinephrine) إذا كان طفلي غير قادر مؤقتاً على حمل الدواء أو تناوله بنفسه.

ملحوظة: إذا وافقت على استخدام الدواء المخزون، يجب عليك إرسال عيار (epinephrine) الخاص بطفلك، وجهاز الاستنشاق للربو والأدوية الأخرى المسموح له بتناولها ذاتياً في يوم الرحلة المدرسية و/ أو برامج ما بعد الدوام المدرسي ليكون متوفراً معه/ معها. الأدوية المخزنة مخصصة للاستخدام فقط من قبل موظفي مكتب الصحة المدرسية (OSH) في المدرسة فقط.

الاسم الأخير	الاسم الأول	الأوسط	تاريخ الميلاد	المدرسة
رمز الم. سة (ATSDBN) // الاسم	الحي	المنطقة التعليمية	_____ / _____ / _____	_____
اسم الوالد(ة) // ولي(ة) الأمر (بخط واضح)	توقيع الوالد(ة) // ولي(ة) الأمر	وَقَّعَ هُنَا	تاريخ التوقيع	_____ / _____ / _____
البريد الإلكتروني للوالد(ة) أو ولي(ة) الأمر	عنوان الوالد(ة) // ولي(ة) الأمر			
أرقام الهاتف: _____ - _____ (_____)	المحمول _____ - _____ (_____)	البيت _____ (_____)		
اسم شخص بديل للاتصال به في حالة الطوارئ	العلاقة بالتلميذ(ة)	رقم الهاتف للاتصال	_____ - _____ (_____)	

For Office of School Health (OSH) Use Only (لاستخدام مكتب الصحة المدرسية (OSH) فقط)

OSIS Number: _____

Received by: Name _____

Date ____/____/____

Reviewed by: Name _____

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

Modified Not Modified