

醫療處方治療提供 (Provision of Medically Prescribed Treatment) 的申請 (非藥物使用)

提供者醫療手續執行表 | 學校健康辦公室 | 2020-2021 學年

請交還給學校護士。6月1日之後遞交的表格可能延遲受理新學年服務的申請



學生 姓氏	名字	中間名	出生日期 ____/____/____ 月 月 日 日 年 年 年 年	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
學生身分證號碼 (OSIS) _____		體重 _____ 公斤		
學校 (包括 ATSDBN/名稱、號碼、地址和行政區)		教育局學區	年級	班級

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"/> Clean Intermittent Catheterization Cath Size ____Fr.
<input type="checkbox"/> Central Venous Line
<input type="checkbox"/> G-Tube Feeding*: <input type="checkbox"/> Bolus <input type="checkbox"/> Pump <input type="checkbox"/> Gravity Cath Size ____Fr.
<input type="checkbox"/> J-Tube Feeding*: <input type="checkbox"/> Bolus <input type="checkbox"/> Pump <input type="checkbox"/> Gravity Cath Size ____Fr.
<input type="checkbox"/> Naso-Gastric Feeding* Cath Size ____Fr.
<input type="checkbox"/> Specialized/Non-Standard Feeding* Cath Size ____Fr.
<input type="checkbox"/> Feeding Tube replacement if dislodged - specify in area below
<input type="checkbox"/> Oral / Pharyngeal Suctioning Cath Size ____Fr. | <input type="checkbox"/> Tracheostomy Care Trach. Size ____.
<input type="checkbox"/> Trach. suctioning Cath. Size ____Fr.
<input type="checkbox"/> Trach replacement - specify in area below
<input type="checkbox"/> Oxygen Administration - specify in area below
<input type="checkbox"/> Pulse Oximetry monitoring
<input type="checkbox"/> Vagus Nerve Stimulator
<input type="checkbox"/> Other: _____ | <input type="checkbox"/> Ostomy Care
<input type="checkbox"/> Chest Clapping
<input type="checkbox"/> Percussion
<input type="checkbox"/> Postural Drainage
<input type="checkbox"/> Dressing Change |
|--|---|--|
- 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		Tel. (____)____-____	Fax. (____)____-____
NYS License # (Required)	NPI #		

醫療處方治療提供 (Provision of Medically Prescribed Treatment) 的申請 (非藥物使用)

提供者醫療手續執行表 | 學校健康辦公室 | 2020-2021 學年
請交還給學校護士。6月1日之後遞交的表格可能延遲受理新學年服務的申請

家長/監護人填寫以下內容

我在下面簽名，表示我同意如下：

- 我同意，學校保存我子女的醫藥並根據我子女的保健專業人員的說明給藥。我也同意，我子女的醫藥所需的任何器材都在學校裏儲存和使用。
- 我理解：
 - 我必須把我子女的醫藥和器材交給學校護士。我將儘量給學校有伸縮針頭的腎上腺素注射器 (lepinephrine pens with retractable needles)。
 - 我所給予學校的所有處方和非處方藥物都必須是新的、未曾打開過並裝在其原封瓶子或盒子裏。將給學校提供供我子女在上學日內使用的當前、未過期的醫藥用品。
 - 處方藥物必須在其盒子或瓶子上有原裝藥房標籤。標籤必須包括：1) 我子女的姓名，2) 藥房名稱和電話號碼，3) 我子女的保健專業人員姓名，4) 日期，5) 重配次數，6) 藥物名稱，7) 劑量，8) 何時用藥，9) 如何用藥 以及 10) 任何其他說明。
 - 我謹此證明/確認，我已諮詢我子女的保健專業人員，並且我同意學校健康辦公室在萬一我子女沒有哮喘藥物或腎上腺素藥物之際可以給我子女施用儲存的藥物。
 - 如果我子女的藥物發生任何變化或者保健專業人員的說明有任何變化，我必須立即告知學校護士。
 - 涉及到給我子女提供上述健康服務的學校健康辦公室 (OSH) 及其代理人員依賴於本表資訊的精確度。
 - 我在這一「藥物施用表」(Medication Administration Form, 簡稱 MAF) 上簽名，表示授權學校健康辦公室 (Office of School Health, 簡稱 OSH) 為我子女提供健康服務。這些服務可以包括 (但不限於) 由一名 OSH 辦公室保健專業人員或護士所執行的一次臨床評估或一次體檢。
 - 這份 MAF 表的醫療執行手續的過期時間是我子女的學年結束 (這可能包括暑期班) 或者當我交給學校護士一份新的 MAF (取兩者中較早的那個時間)。當這份醫療手續執行要求過期時，我將交給我子女的學校護士一份新的由我子女的保健專業人員出具的 MAF。OSH 在以後出具 MAF 時將不需要我的簽名。
 - 這份表格代表我對本表所說明的過敏服務的同意和要求。這並非 OSH 提供所要求的服務的協議。如果 OSH 決定提供這些服務，我子女可能還需要一份「學生特別照顧計劃」(Student Accommodation Plan)。這份計劃將由學校填寫。
 - 為著給我子女提供護理或治療的目的，OSH 可以獲取該辦公室認為有關我子女的醫療狀況、藥物和治療而需要的任何其他資訊。OSH 可以從任何為我子女提供健康服務的保健專業人員、護士或藥劑師那裏獲取該資訊。

自己用藥 (僅適用於能自己獨立用藥的學生)：

- 我證明/確認，我子女已得到完全的訓練並能夠自行用藥。我同意，我子女在學校裏自己攜帶、儲存本表所開具的藥物並將自己用藥。我負責根據上述說明把瓶子或盒子裏的藥物交給我子女。我也負責監督我子女在學校裏的藥物使用情況及其對這一藥物使用所產生的任何結果。學校護士將確認我子女擁有攜帶和自行用藥的能力。我也同意交給學校「備用」藥物 (裝在清楚地標示的盒子或瓶子裏)。
- 我同意，如果我子女臨時不能攜帶或自行用藥，學校護士或經過訓練的學校員工可以給我子女施用腎上腺素。

註：如果您決定使用儲存的藥物，則您必須在您子女參加學校外出參觀的日子以及/或者課後計劃時讓子女帶上 epinephrine、哮喘吸入器以及其他獲准的自我施用藥物，以備您子女使用。儲存的藥物只是由 OSH 員工在學校使用。

學生 姓	名	中名首字母	出生日期 ___ / ___ / _____	學校
學校 ATSDBN/名稱			行政區	學區
家長/監護人姓名 (清楚書寫)			家長/監護人簽名	簽名日期 ___ / ___ / _____
家長/監護人電子郵箱			家長/監護人地址	
電話號碼 日間 (____) _____ - _____		住宅 (____) _____ - _____	手機* (____) _____ - _____	
其他緊急聯絡人姓名		與學生的關係	聯絡電話(____) _____ - _____	

For Office of School Health (OSH) Use Only (僅供工作人員填寫)

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