

Photo de l'élève  
à joindre ici

**DEMANDE D'ADMINISTRATION DE TRAITEMENTS MÉDICAUX PRESCRITS (NON MÉDICAMENTEUX)**

Formulaire d'ordonnance médicale du prestataire | Bureau de la santé scolaire | Année scolaire **2020-2021**

Veillez le retourner à l'infirmière scolaire. Les formulaires présentés après le 1<sup>er</sup> juin pourraient causer du retard dans leur traitement pour la nouvelle année scolaire

Élève Nom de famille	Prénom	Second prénom	Date de naissance ___/___/____ MM JJ AAAA	<input type="checkbox"/> Masculin
				<input type="checkbox"/> Féminin
Numéro OSIS _____		Poids _____ kg		
École (indiquez DBN/nom, matricule, adresse et borough d'après le système ATS)		District du DOE	Grade	Classe

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

# DEMANDE D'ADMINISTRATION DE TRAITEMENTS MÉDICAUX PRESCRITS (NON MÉDICAMENTEUX)

Formulaire d'ordonnance médicale du prestataire | Bureau de la santé scolaire | Année scolaire 2020-2021

Veillez le retourner à l'infirmière scolaire. Les formulaires présentés après le 1<sup>er</sup> juin pourraient causer du retard dans leur traitement pour la nouvelle année scolaire

## PARTIE À COMPLÉTER PAR LES PARENTS/TUTEURS/TUTRICES

### EN SIGNANT CI-DESSOUS, JE SUIS D'ACCORD AVEC CE QUI SUIT :

- Je consens à ce que les médicaments de mon enfant soient conservés et administrés à l'école selon les instructions de son médecin. Je consens également à ce que tout équipement nécessaire aux médicaments de mon enfant soit conservé et utilisé à l'école.
- Je comprends que :
  - Je dois donner à l'infirmière scolaire les médicaments de mon enfant ainsi que l'équipement nécessaire. Je donnerai à l'école les stylos auto-injecteurs d'adrénaline (épinéphrine) avec aiguilles rétractables.
  - Tous les médicaments prescrits et « en vente libre » que je remets à l'école doivent être neufs, non ouverts et dans leur emballage ou flacon d'origine. Je donnerai à l'école les médicaments actuels et non périmés pour l'usage de mon enfant pendant les jours de classe.**
    - La boîte ou le flacon des médicaments prescrits doivent porter l'étiquette d'origine de la pharmacie. L'étiquette doit indiquer : 1) le nom de mon enfant, 2) le nom et le numéro de téléphone de la pharmacie, 3) le nom du médecin de mon enfant, 4) la date, 5) le nombre de renouvellements, 6) le nom du médicament, 7) la posologie, 8) quand prendre le médicament, 9) le mode d'administration du médicament et 10) toute autre instruction.
  - Je déclare/j'atteste avoir consulté le médecin de mon enfant et je consens à ce que le Bureau de la santé scolaire (Office of School Health - OSH) administre le médicament de mon enfant conservé en réserve si l'auto-injecteur d'adrénaline (épinéphrine) ou le médicament prescrit pour contrôler son asthme ne sont pas disponibles.
  - Je dois **immédiatement** informer l'infirmière de l'école de tout changement concernant le médicament de mon enfant ou les instructions de son médecin.
  - L'OSH et son personnel qui participent à l'administration des services de santé dispensés à mon enfant et indiqués ci-dessus se fient à l'exactitude des informations de ce formulaire.
  - En signant ce formulaire d'administration de médicaments (Medication Administration Form - MAF), j'autorise l'OSH à prodiguer des soins médicaux à mon enfant. Ces services peuvent comprendre, entre autres, une évaluation clinique et un examen médical par un professionnel de santé ou une infirmière de l'OSH.
  - L'ordonnance médicale contenue dans ce MAF expire à la fin de l'année scolaire de mon enfant, ce qui peut inclure la session d'été, ou lorsque je donne un nouveau MAF à l'infirmière de l'école (selon l'évènement survenant en premier). Lorsque l'ordonnance médicale arrivera à expiration, je donnerai à l'infirmière de l'école de mon enfant un nouveau MAF rempli par le médecin de mon enfant. L'OSH n'aura pas besoin de ma signature pour rédiger de nouveaux MAF.
  - Ce formulaire représente mon consentement et ma demande pour que les services indiqués dans ce dernier soient prodigués en cas de réaction allergique. Cela ne constitue pas un accord de l'OSH pour l'administration des services demandés. Si l'OSH décide de dispenser ces services, mon enfant peut également avoir besoin d'un Plan scolaire d'aménagements. Ce plan sera mis en place par l'école.
  - Afin de dispenser des soins ou un traitement à mon enfant, l'OSH est en droit d'obtenir toute autre information qu'il estime être nécessaire concernant l'état de santé, les médicaments ou le traitement de mon enfant. L'OSH peut obtenir ces informations de tout professionnel de santé, infirmière, ou pharmacien ayant dispensé des services de santé à mon enfant.

### AUTOADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS (UNIQUEMENT POUR LES ÉLÈVES AUTONOMES) :

- Je déclare/j'atteste que mon enfant est pleinement formé et qu'il peut prendre son médicament lui-même. Je consens à ce que mon enfant transporte, conserve et s'administre lui-même à l'école le médicament prescrit sur ce formulaire. J'ai la responsabilité de donner à mon enfant ces médicaments dans leurs boîtes ou flacons comme décrits plus haut. Je dois également surveiller la prise de médicament par mon enfant et tous les résultats suivant la prise de ce médicament par mon enfant à l'école. L'infirmière scolaire attestera de l'aptitude de mon enfant à transporter le médicament et à se l'administrer. Je consens également à donner à l'école un médicament « de secours » dans une boîte ou un flacon clairement étiquetés.
- J'accepte que l'infirmière de l'école ou tout membre du personnel formé administre de l'adrénaline à mon enfant s'il est temporairement incapable de le transporter et de se l'administrer lui-même.

**REMARQUE : si vous décidez d'utiliser les médicaments conservés en réserve, vous devez fournir à votre enfant son stylo auto-injecteur d'adrénaline (épinéphrine), un inhalateur contre l'asthme et tout autre médicament approuvé que l'enfant peut prendre seul lors des sorties scolaires et/ou programmes proposés après l'école pour les avoir à portée de main. Seul le personnel de l'OSH peut utiliser les médicaments en réserve et uniquement à l'école.**

Élève Nom de famille	Prénom	Initiale 2 <sup>e</sup> prénom	Date de naissance ___/___/_____	École
DBN/nom de l'école d'après le système ATS			Borough	District
Nom du parent/tuteur/de la tutrice (majuscules)			Signature du parent/tuteur/de la tutrice	Signé le ___/___/_____
<b>SIGNEZ ICI</b> →				
E-mail du parent/tuteur/de la tutrice			Adresse du parent/tuteur/de la tutrice	
Numéros de téléphone : En journée (____) _____ - _____ Domicile (____) _____ - _____ Portable (____) _____ - _____				
Autre personne à contacter en cas d'urgence		Lien avec l'élève	N° de téléphone (____) _____ - _____	

### For Office of School Health (OSH) Use Only (Réservé à l'usage du Bureau de la santé scolaire (OSH))

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