

Фотографию
учащегося
закрепить
здесь

ЗАПРОС НА ПРЕДПИСАННОЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
 Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | 2020-2021 уч.г.
 Вернуть школьной медсестре. Обработка форм, отправленных после 1 июня,
 может быть задержана и не завершена до начала нового учебного года.

Учащийся	Фамилия	Имя	Ср. имя	Дата рождения	<input type="checkbox"/> Мужск. <input type="checkbox"/> Женск.
				____ / ____ / ____ ММ ДД ГГГГ	
Номер OSIS			Вес (кг)		
Школа (ATSDBN/название, номер, адрес и район)			Школьный округ DOE	Уч. уровень	Класс

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: _____
 Amount (L) Route Frequency/specific time(s) of administration prn O2 Sat < ____% _____
 Specify Symptoms
- Other Treatment: _____
 Treatment Name Route Frequency/specific time(s) of administration prn 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
Address		Date ____ / ____ / _____
NYS License # (Required)	NPI #	Tel. (____) ____ - ____ Fax. (____) ____ - ____

ЗАПРОС НА ПРЕДПИСАННОЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | 2020-2021 уч.г.

Вернуть школьной медсестре. Обработка форм, отправленных после 1 июня,
может быть задержана и не завершена до начала нового учебного года.

РОДИТЕЛИ/ОПЕКУНЫ ЗАПОЛНЯЮТ НИЖЕ

ПОДПИСАВШИСЬ НИЖЕ, Я ТЕМ САМ ЫМ ДАЮ СОГЛАСИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЕ:

- Настоящим я разрешаю хранить и выдавать в школе лекарственный препарат в соответствии с инструкциями лечащего врача ребенка, а также хранить и применять в школе необходимые средства для его введения.
- Я понимаю, что:
 - Мне требуется обеспечить школьную медсестру лекарственным препаратом и необходимыми средствами для его введения. Я должен предпринять усилия, чтобы обеспечить школу автоинъектором с эпинефрином (с убирающей иглой).
 - Все рецептурные и безрецептурные лекарственные препараты, передаваемые мною в школу, должны быть новыми, нераспечатанными, в оригинальной упаковке. Я обеспечу школу непросроченным лекарством, используемым для лечения ребенка в настоящее время, в целях его приема ребенком в течение учебного дня.**
 - На упаковке рецептурного препарата должна быть оригинальная этикетка аптеки. Этикетка должна содержать: 1) имя и фамилию учащегося, 2) название и телефон аптеки, 3) имя и фамилию выписавшего препарат врача, 4) дату, 5) число повторных заказов, 6) название препарата, 7) дозу, 8) периодичность приема, 9) способ применения и 10) другие инструкции.
 - Настоящим я подтверждаю, что по согласованию с лечащим врачом ребенка я разрешаю Отделу школьного здравоохранения (OSH) применять имеющиеся в школе средства за неимением в школе прописанного ребенку противоастматического препарата или эпинефрина.
 - Я обязан **незамедлительно** уведомлять школьную медсестру обо всех изменениях в лекарственных препаратах ребенка или инструкциях его лечащего врача.
 - Сотрудники OSH и его представители, ответственные за предоставление ребенку вышеуказанной услуги/услуг, руководствуются информацией, представленной в данной форме.
 - Подписывая этот запрос на выдачу лекарств (Medication Administration Form, MAF), я даю Отделу школьного здравоохранения свое согласие на предоставление ребенку медицинских услуг. Эти услуги могут включать, в частности, клиническую оценку и медицинский осмотр, проводимые врачом или медсестрой OSH.
 - Врачебное предписание в этом запросе MAF истекает в конце учебного года ребенка, куда может входить летняя программа, или в момент предоставления мною школьной медсестре нового MAF (в зависимости от того, что наступит раньше). По истечении срока действия предписания я представлю школьной медсестре новый MAF, заполненный лечащим врачом ребенка. В дальнейшем Отделу школьного здравоохранения не понадобится моя подпись для оформления MAF.
 - Данная форма представляет собой мое согласие и запрос на предоставление ребенку описанных в ней противоаллергических мер. Она не является договором с OSH об оказании запрашиваемых услуг. При установлении необходимости этих услуг учащемуся может потребоваться план адаптации (Student Accommodation Plan), который будет составлен школой.
 - В целях предоставления медицинских услуг или лечения моего ребенка я разрешаю OSH обращаться за необходимой им дополнительной информацией о состоянии его здоровья, лекарствах и/или процедурах к любым врачам, медсестрам и фармацевтам, предоставляющим медицинское обслуживание ребенку.

САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ (ТОЛЬКО ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНЫХ УЧАЩИХСЯ):

- Настоящим заявляю/подтверждаю, что ребенок прошел обучение и может принимать лекарство самостоятельно. Я разрешаю ребенку иметь при себе, хранить и самостоятельно принимать в школе указанное в данной форме лекарство. Я несу ответственность за предоставление ребенку лекарственных средств в упаковке, как описано выше. Я также несу ответственность за контроль использования лекарства ребенком, а также за все последствия приема этого препарата в школе. Школьная медсестра удостоверяет способность ребенка иметь при себе и самостоятельно принимать препарат. Я также согласен предоставить в школу запасную порцию препарата в упаковке с разборчиво надписанной этикеткой.
- Я разрешаю школьной медсестре или прошедшим подготовку сотрудникам школы обеспечивать прием ребенком эпинефрина в случае временной утраты им способности хранить и принимать этот препарат самостоятельно.

ПРИМЕЧАНИЕ. В дни школьных экскурсий и/или послеурочных программ вы должны обеспечить ребенка эпинефрином, противоастматическим ингалятором и другими утвержденными для самостоятельного приема лекарствами для использования в случае необходимости. Имеющиеся в школе препараты предназначены только для применения сотрудниками OSH в школе.

Учащийся	Фамилия	Имя	Инициал ср. имени	Дата рождения ___ / ___ / _____	Школа
ATSDBN/Название школы				Район	Шк. округ
Имя и фамилия родителя/опекуна (печатными буквами):				Подпись родителя/опекуна	Дата
Имейл родителя/опекуна				Адрес родителя/опекуна	

Номера телефонов: Дневной (____)____-____ (____)____-____ (____)____-____

Другое контактное лицо для срочной связи | Родство с учащимся | Телефон контактного лица (____)____-____

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