



طلب تقديم علاج موصوف طبيياً (غير دوائي)

استمارة طلب العلاج من المزود | مكتب الصحة المدرسية | للعام الدراسي 2021-2022  
يرجى إعادة الاستمارة إلى ممرض(ة) المدرسة. الاستمارات المقدمة بعد يوم 1 يونيو/ حزيران قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد

الاسم الأخير للتلميذ(ة): \_\_\_\_\_ الاسم الأول: \_\_\_\_\_ الجنس:  ذكر  أنثى رقم التعريف المدرسي (OSIS): \_\_\_\_\_ الأوساط: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ الفصل: \_\_\_\_\_ المدرسة (ضمن رقم (ATSDBN) / الاسم والعنوان والحي): \_\_\_\_\_

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.

- Blood Pressure Monitoring  Feeding Tube replacement if dislodged - specify in #5  Trach Replacement - specify in #5
- Chest Clapping/Percussion  Oral / Pharyngeal Suctioning: Cath Size \_\_\_\_\_ Fr.  Vagus Nerve Stimulator
- Clean Intermittent Catheterization: Cath Size \_\_\_\_\_ Fr.  Ostomy Care  Other: \_\_\_\_\_
- Central Line  Oxygen Administration - specify in #2
- Dressing Change  Postural Drainage
- Feeding: Cath Size \_\_\_\_\_ Fr.  Pulse Oximetry monitoring
- Nasogastric  G-Tube  J-Tube  Trach Care: Trach. Size \_\_\_\_\_
- Bolus  Pump  Gravity  Spec./Non-Standard\*  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 adverse reactions, 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: \_\_\_\_\_

يجب على الآباء التوقيع على الصفحة 2 →

طلب تقديم علاج موصوف طبياً (غير دوائي)  
استمارة طلب تقديم العلاج | مكتب الصحة المدرسية | للعام الدراسي 2021-2022  
يرجى إعادة الاستمارة إلى ممرض(ة) المدرسة. الاستمارات المقدمة بعد يوم 1 يونيو/ حزيران قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد.

الأباء/ أولياء الأمور، أقرؤوا واكملوا ووقعوا هذه الاستمارة: بتوقيعي أدناه، أوافق على ما يلي:

- أوافق على أن يتم تخزين المستلزمات الطبية، والمعدات، والعلاجات الموصوفة الخاصة بطفلي وإعطائه إياها في المدرسة بناءً على توجيهات ممارس الرعاية الصحية لطفلي.
- وأنا أدرك أنه:
  - يجب أن أعطي ممرض(ة) المدرسة المستلزمات الطبية، والمعدات، والعلاجات الخاصة بطفلي.
  - يجب أن تكون جميع المستلزمات التي أعطيها للمدرسة جيدة وغير مفتوحة، وفي القارورة أو العبوة الأصلية. سوف أزود المدرسة بالأدوية الحالية الصالحة للاستخدام طفلي أثناء أيام الدراسة.
  - يجب عنوانة المستلزمات والمعدات والعلاجات باسم طفلي وتاريخ ميلاده.
  - يجب أن أخبر ممرضة المدرسة فوراً عن أي تغيير في علاجات طفلي أو تعليمات ممارس الرعاية الصحية.
  - يعتمد مكتب الصحة المدرسية (OSH) وكلاءه المشاركين في تقديم الخدمة (الخدمات) الصحية المذكورة أعلاه إلى طفلي على دقة المعلومات المقدمة في هذه الاستمارة.
  - بتوقيعي على هذه الاستمارة، أصرّح لمكتب الصحة المدرسية (OSH) بتقديم الخدمات الصحية لطفلي. وأنا أدرك أن هذه الخدمات قد تتضمن تقييماً أكلينيكيّاً أو فحصاً بدنياً من طرف ممارس الرعاية الصحية أو الممرض(ة) بمكتب الصحة المدرسية (OSH).
  - ينتهي أمر العلاج/ إرشادات العلاج المذكورة على هذه الاستمارة في نهاية العام الدراسي لطفلي، والذي قد يشمل الححصن الصيفية، أو عندما أعطي ممرضة المدرسة استمارة جديدة (أيها أقرب). عندما تنتهي صلاحية طلب تقديم العلاج هذا، سأقدم لممرضة طفلي المدرسة استمارة (MAF) جديدة مكتوبة بواسطة ممارس الرعاية الصحية لطفلي. لن يحتاج مكتب الصحة المدرسية (OSH) لتوقيعي لكتابة استمارات إعطاء الدواء (MAFs) المستقبلية.
  - تمثل هذه الاستمارة موافقتي وطلب تقديم الخدمات الطبية المذكورة في هذه الاستمارة. وهي لا تمثل اتفاقاً مع مكتب الصحة المدرسية (OSH) لتوفير الخدمات المطلوبة. إذا قرر مكتب الصحة المدرسية (OSH) تقديم هذه الخدمات، قد يحتاج طفلي أيضاً إلى خطة لتسهيلات التلميذ. ستقوم المدرسة بوضع هذه الخطة.
  - لأغراض تقديم الرعاية الصحية أو العلاج لطفلي، يمكن لمكتب الصحة المدرسية (OSH) الحصول على أي معلومات أخرى يعتقد أنها ضرورية عن الحالة الطبية لطفلي أو أوبئته أو علاجه. قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على هذه المعلومات من أي ممارس رعاية صحية أو ممرضة أو صيدلي قدم خدمات صحية لطفلي.

أخذ الدواء بشكل ذاتي (للتلاميذ المستقلين فقط):

- أقر/ أؤكد أن طفلي قد تلقى تدريباً كاملاً ويمكنه القيام بالعلاج من تلقاء نفسه. أوافق على أن يقوم طفلي بحمل وتخزين والقيام بالعلاج الموصوف على هذه الاستمارة بنفسه في المدرسة. أنا مسؤول عن إعطاء طفلي المستلزمات والمعدات المعنونة والموصوفة أعلاه. أنا أيضاً مسؤول عن مراقبة استخدام طفلي للعلاج، وعن جميع نتائج استخدام طفلي لهذا العلاج الذاتي في المدرسة. ستؤكد ممرضة المدرسة قدرة طفلي على القيام بالعلاج بنفسه. كما أوافق على إعطاء المدرسة معدات أو مستلزمات "احتياطية" معنونة بوضوح في حالة عدم قدرة طفلي على القيام بالمعالجة الذاتية.

ليس من الممكن بعد الآن أن يقوم الممرض(ة) بتقديم مزيج الأدوية والأطعمة الذي يحضره الوالد(ة). يمكن للممرض(ة) تحضير ومزج الأدوية والأطعمة لتقديمها بواسطة (G-tube) كما أمر بذلك مقدم الرعاية الصحية الأساسي للتلميذ(ة).

الاسم الأخير للتلميذ(ة): \_\_\_\_\_ الاسم الأول: \_\_\_\_\_ الأوسط: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_  
اسم المدرسة/ رقم (ATSDBN): \_\_\_\_\_ الحي: \_\_\_\_\_ المنطقة التعليمية: \_\_\_\_\_

عنوان البريد الإلكتروني للوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر: \_\_\_\_\_ عنوان الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر: \_\_\_\_\_

أرقام الهاتف: \_\_\_\_\_ أثناء النهار: \_\_\_\_\_ المنزل: \_\_\_\_\_ الهاتف المحمول: \_\_\_\_\_

اسم الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر: \_\_\_\_\_ توقيع الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر: \_\_\_\_\_ تاريخ التوقيع: \_\_\_\_\_

طرف اتصال بديل لحالات الطوارئ:

الاسم: \_\_\_\_\_ العلاقة بالتلميذ(ة): \_\_\_\_\_ رقم طرف الاتصال: \_\_\_\_\_

لاستخدام مكتب الصحة المدرسية (OSH) فقط / 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