學生
照片
附此

要求提供醫療處方治療的申請表（非藥物）

提供者治療要求表 | 學校健康辦公室 | **2021-2022**學年

請交還給學校護士。6月1日之後遞交的表格可能會對新學年的申請程序造成延誤

學生姓氏：_____ 名字：_____ 中間名：_____

出生日期：_____ **性別：** ☐男 ☐女 學生身份號碼（OSIS）：_____ 年級：_____ 班級：_____

教育局學區：_____學校（包括ATSDBN/名稱、地址和行政區）

HEALTHCARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

ONE ORDER PER FORM (make copies of this from for additional orders). Attach prescription(s) / additional sheet(s) if necessary to provide requested information and medical authorization.

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

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: _____

Diagnosis is self- limited: ☐Yes ☐ No

Enter ICD-10 Codes and Conditions (RELATED TO THE DIAGNOSIS)

☐ ____._____ ☐ ____._____ ☐ ____._____

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 adversereactions, 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: _____

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS - FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT Rev 4/21 **家長必須在第2頁簽名 ➔**

要求提供醫療處方治療的申請表（非藥物）

提供者治療要求表 | 學校健康辦公室 | **2021-2022**學年

請交還給學校護士。6月1日之後遞交的表格可能會對新學年的申請程序造成延誤。

家長/監護人通讀、填寫並簽名。我在下面簽名，表示我同意如下：

1. 我同意，根據我子女的保健專業人員的說明，學校保存和施用我子女的醫療用品、設備和處方治療法。
2. 我理解：
   - 我必須把我子女的醫療用品、設備和治療法交給學校護士。
   - **我給予學校的所有用品都必須是新的、未曾開封過並裝在其原封瓶子或盒子裏。我將給學校提供我子女在上學日內需使用的當前、未過期的用品。**
     - 用品、設備和治療法都應標上我子女的姓名和出生日期。
   - 如果我子女的治療法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。
   - 我在這一表格上簽名，表示授權學校健康辦公室（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臨床評估或體檢。
   - 這份表格的治療説明/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説明的醫療服務的同意和要求。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。
   - 爲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爲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可以向任何為我子女提供健康服務的保健專業人員、護士或藥劑師索取該資訊。

自己治療（僅適用於能自己獨立治療的學生）：

- 我證明/確認，我子女已得到完全的訓練並能夠自行施用治療法。我同意，我子女在學校裏自己攜帶、儲存本表所開具的治療法並將自己施用治療。我負責根據上述説明把這些用品和設備交給我子女。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導致的任何後果。學校護士將確認我子女有自行施用治療的能力。我也同意，交給學校一份清楚地標著「備用」（back up）字樣的器材或用品，以備在我子女萬一不能自我施用治療時使用。

如需護士施用，家長不得再預先混合藥物和餵服劑量。護士可以使用學生的主要醫療提供者預訂的G-tube，準備和混合所需施用的藥物和餵服劑量。

學生姓氏：_____ 名字：_____ 中間名首字母：_____ 出生日期：_____

學校ATSDBN/名稱：_____行政區：_____ 學區：_____

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*：_____

家長/監護人姓名: _____ **家長/監護人簽名：**_____**簽名日期：**_____

其他緊急聯絡人：

姓名：_____ 與學生的關係：_____ 聯絡人號碼：_____

For Office of School Health (OSH) Use Only / 僅由學校健康辦公室（OSH）工作人員填寫

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