



의료적으로 처방된 처치(비약물) 제공 요청
 의료제공자 투약 지시 양식 | 학교 보건 담당실 | 2021-2022 학년도
학교 간호사에게 제출하십시오. 6월 1일 이후 제출된 양식은 새 학년도 처리가 지연될 수 있습니다.

학생 성: _____ 이름: _____ 미들네임: _____
 생년월일: _____ 성별: 남 여 OSIS 번호: _____ 학년: _____ 학급: _____
 교육청 학군: _____ 학교(ATSDBN/이름, 주소 및 보호 기재): _____

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

학부모는 반드시 2
페이지 서명 ➔

의료 처방 치료(비약물)에 대한 제공 요청
의료제공자 투약 지시 양식 | 학교 보건 담당실 | 2021-2022 학년도
학교 간호사에게 제출하십시오. 6월 1일 이후 제출된 양식은 새 학년도 처리가 지연될 수 있습니다.

학부모/보호자는 읽고, 작성한 후 서명: 아래 서명함으로써, 저는 다음과 같은 내용에 동의합니다:

- 저는 자녀의 의료 보건 담당자가 지시한 대로 학교에 아이의 의료 비품, 기구 및 처방 치료를 보관하고 사용하는 것에 동의합니다.
- 저는 다음 사항을 이해합니다:
 - 저는 학교 간호사에게 반드시 자녀의 의료 비품, 기구 및 치료를 제공해야 합니다.
 - 학교에 제공하는 모든 비품은 개봉하지 않은 새것으로 원래의 박스나 병 그대로 가져가겠습니다. 학교에 자녀가 학교 생활 중 사용할 수 있도록 유효기간이 지나지 않은 최신 제품을 제공하겠습니다.
 - 비품, 기구, 치료에 자녀의 이름 및 생년월일을 부착해야 합니다.
 - 저는 자녀의 치료나 의료 보건 담당자의 지시가 변경되면 즉시 학교 간호사에게 반드시 알려야 합니다.
 - 저는 학교 보건 담당실(OSH) 및 상기 의료 서비스를 자녀에게 제공하는데 관련된 소속 에이전트가 본 양식에 제공된 정보의 정확함에 의존함을 알고 있습니다.
 - 저는 본 양식에 서명함으로써 OSH가 자녀에게 보건 서비스를 제공하도록 허가합니다. 이 서비스에는 OSH 의료 제공자 또는 간호사의 임상 평가 및 신체 검사가 포함되나 이에만 국한되지는 않습니다.
 - 이 양식의 치료 안내/지시는 서머 세션을 포함한 자녀의 학년 말 또는 학교 간호사에게 새로운 양식을 제공할 때 (둘 중 이른 시점) 만료됩니다. 이 약품 안내가 만료되면 저는 자녀의 학교 간호사에게 자녀의 의료 보건 제공자가 작성한 새로운 MAF를 제출하겠습니다. OSH는 향후 MAF 작성에 제 서명을 필요로 하지 않습니다.
 - 이 양식은 양식에 설명된 의료 서비스에 대한 본인의 동의 및 요청을 대변합니다. 이것이 OSH가 요청한 서비스를 제공하겠다는 동의가 아닙니다. OSH가 이런 서비스를 제공하겠다고 결정하면 자녀는 학생 조정계획(Student Accommodation Plan)이 필요할 수 있습니다. 이 계획은 학교가 작성할 것입니다.
 - 자녀에게 케어 또는 치료를 제공할 목적으로 OSH는 자녀의 의료 상태, 약품 또는 치료에 대해 필요하다고 생각하는 정보를 얻을 수 있습니다. OSH는 자녀에게 의료 서비스를 제공하는 의료 보건 제공자, 간호사 또는 약사에게서 이 정보를 입수할 수 있습니다.

자가 치료(독립적인 학생만 해당):

- 저는 자녀가 스스로 치료하도록 완전히 훈련되어 있고 복용할 수 있음을 보증/확인합니다. 또한 저는 자녀가 양식에 명시된 치료를 학교에서 소지, 보관 및 자가 투여하는 것에 동의합니다. 상기 설명과 같이 명시된 비품 및 기구를 자녀에게 주는 것은 제 책임입니다. 자녀의 해당 치료를 모니터링하며 학교에서 자기 치료한 모든 결과에 대한 책임이 본인에게 있음을 인지합니다. 제 아이가 학교에서 약품을 자기 치료할 능력이 있는지 학교 간호사가 확인할 것입니다. 또한 본인은 자가 치료가 불가능할 경우를 대비해 학교에 명확히 명시된 “여분”의 기구 또는 비품을 제공할 것에 동의합니다.

학부모가 미리 섞은 약품이나 섭취물은 간호사가 투약하는데 허용되지 않습니다. 간호사가 자녀의 주 의료 제공자가 지시한 대로 투약을 위해 약품 및 섭취물을 준비하고 섞게 됩니다.

학생 성: _____ 이름: _____ MI: _____ 생년월일: _____

학교 ATSDBN/이름: _____ 보호: _____ 학군: _____

학부모/보호자 이메일: _____ 학부모/보호자의 주소: _____

전화번호: 주중: _____ 집: _____ 핸드폰*: _____

학부모/보호자 성명: _____ 학부모/보호자의 서명: _____ 서명 날짜: _____

기타 비상 연락처:

성명: _____ 학생과의 관계: _____ 연락처: _____

For Office of School Health (OSH) Use Only / 학교 보건 담당실(OSH) 전용

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