

Attach student photo here

طلب تقديم علاج طبي موصوف (غير الأدوية)  
استمارة طلب العلاج لمقدم الرعاية | مكتب الصحة المدرسية | العام الدراسي 2020-2019

يرجى إعادتها إلى ممرض(ة) المدرسة. الاستثمارات المقدمة بعد 31 مايو/ أيار قد تؤدي إلى تأخير الإجراءات للعام الدراسي الجديد

Student Last Name	First Name	Middle	Date of birth ____/____/_____ MM DD YYYY	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
OSIS Number _____				
School (include ATSDBN/name, address and borough)		DOE District	Grade	Class

يقوم ممارسو الرعاية الصحية بتعبئة الجزء أدناه

**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"/> Tracheostomy Care Trach. Size ____.           | <input type="checkbox"/> Ostomy Care       |
| <input type="checkbox"/> Central Venous Line  | <input type="checkbox"/> Trach. suctioning Cath. Size ____Fr.          | <input type="checkbox"/> Chest Clapping    |
| <input type="checkbox"/> G-Tube Feeding*: <input type="checkbox"/> Bolus <input type="checkbox"/> Pump <input type="checkbox"/> Gravity Cath Size ____Fr. | <input type="checkbox"/> Trach replacement - specify in area below     | <input type="checkbox"/> Percussion        |
| <input type="checkbox"/> J-Tube Feeding*: <input type="checkbox"/> Bolus <input type="checkbox"/> Pump <input type="checkbox"/> Gravity Cath Size ____Fr. | <input type="checkbox"/> Oxygen Administration - specify in area below | <input type="checkbox"/> Postural Drainage |
| <input type="checkbox"/> Naso-Gastric Feeding* Cath Size ____Fr.  | <input type="checkbox"/> Pulse Oximetry monitoring                     | <input type="checkbox"/> Dressing Change   |
| <input type="checkbox"/> Specialized/Non-Standard Feeding* Cath Size ____Fr.  | <input type="checkbox"/> Vagus Nerve Stimulator                        |  |
| <input type="checkbox"/> Feeding Tube replacement if dislodged - specify in area below  | <input type="checkbox"/> Other: _____                                  |  |
| <input type="checkbox"/> Oral / Pharyngeal 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 for school/field trips/school-sponsored events

Practitioner's initials

Diagnosis: \_\_\_\_\_ Enter ICD-10 Codes and Conditions (RELATED TO THE DIAGNOSIS)  
 \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

Diagnosis is self-limited  Yes  No

- 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
  - 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: \_\_\_\_\_

- Conditions under which treatment should not be provided: \_\_\_\_\_
- Possible side effects/adverse reactions to treatment: \_\_\_\_\_
- Specific instructions for nurse (if one is assigned and present) in case of adverse reactions, including dislodgement or blockage of tracheostomy or feeding tube: \_\_\_\_\_
- Specific instructions for non-medical school personnel in case of adverse reactions, including dislodgement of tracheostomy or feeding tube: \_\_\_\_\_
- Date(s) when treatment should be: Initiated \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Terminated \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Health Care Practitioner LAST NAME (Please Print and circle one: MD, DO, NP, PA)	FIRST NAME	Signature
Address	Tel. No. (____)____-____	Fax. No. (____)____-____
E-mail address	Cell phone (____)____-____	
NYS License No (Required) ____-____	NPI No. _____	Date ____/____/____

**طلب تقديم علاج طبي موصوف (غير الأدوية)**  
**استمارة طلب العلاج لمقدم الرعاية | مكتب الصحة المدرسية | العام الدراسي 2019-2020**  
 يرجى إعادتها إلى ممرض(ة) المدرسة. الاستمارة المقدمة بعد 31 مايو/ أيار قد تؤدي إلى تأخير الإجراءات للعام الدراسي الجديد  
**يقوم الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر بتعبئة الجزء أدناه**

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 جديدة وغير مفتوحة، وفي الفارورة أو العلبة الأصلية. سوف أقدم للمدرسة الأدوية الحالية غير منتهية الصلاحية التي سوف يستخدمها 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) ووكلاءه المشاركين في تقديم الخدمة (الخدمات) الصحية المذكورة أعلاه إلى طفلي على دقة المعلومات المقدمة في هذه الاستمارة.
- بتوقيعي على هذه الاستمارة، أصرح لمكتب الصحة المدرسية (OSH) بتقديم الخدمات الصحية لطفلي. وأنا أدرك أن هذه الخدمات قد تتضمن تقييماً أكاديمياً 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 يشمل الحصوص الصيفية، أو عندما أعطي ممرضة المدرسة استمارة جديدة (أيها أقرب).
- 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 أديته 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**

**(التلاميذ البالغين 18 عاماً أو أكثر فقط):**

- أقر/ أوكد 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. سنؤكد 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.
- أوافق على قيام ممرضة المدرسة أو طاقم المدرسة المدرب بتخزين العلاج وتقديمه إذا كان طفلي غير قادر مؤقتاً على حمل العلاج أو القيام به بنفسه.

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

المدرسة	تاريخ الميلاد ___/___/___	الاسم الأول	الاسم الأخير للتلميذ(ة)
المنطقة التعليمية	الحي	الاسم الأوسط	
		اسم المدرسة/ رقم (ATSDBN)	
تاريخ التوقيع ___/___/___	توقيع الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر	اسم الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر (بخط واضح)	موقع هنا
		عنوان منزل الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر	عنوان البريد الإلكتروني للوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر
رقم الهاتف:			
أثناء النهار (____) - _____ المنزل (____) - _____ الهاتف المحمول* (____) - _____			
		العلاقة بالتلميذ(ة)	اسم شخص بديل للاتصال في حالات الطوارئ
		رقم هاتف بديل للاتصال (____) - _____	

**For Office of School Health (OSH) Use Only**

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