



চিকিৎসকের ব্যবস্থাপত্র অনুযায়ী চিকিৎসা প্রদানের অনুরোধ (নন-মেডিকেশন)

প্রদানকারীর ঔষধের আর্ডারের ফর্ম। অফিস অভ স্কুল হেলথ। 2019-2020 স্কুল বছর

অনুগ্রহ করে স্কুল নার্সের কাছে ফেরত দিন। 31 মে তারিখের পরে ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন স্কুল বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ দেয়ি হতে পারে

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

HEALTHCARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW (স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী নিচের অংশটি পূরণ করবে)

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)

Practitioner's initials

I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed treatment effectively for school/field trips/school-sponsored events

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
- 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: _____

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 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 ____/____/____

চিকিৎসকের ব্যবস্থাপত্র অনুযায়ী চিকিৎসা প্রদানের অনুরোধ (নন-মেডিকেশন)
 প্রদানকারীর ঔষধের আর্ডরের ফর্ম। অফিস অভ স্কুল হেলথ। 2019-2020 স্কুল বছর
 জমাদানের তারিখ: 31 মে 31 মে তারিখের পরে ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন স্কুল বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরন দেরি হতে পারে
PARENTS/GUARDIANS FILL BELOW (পিতামাতা/অভিভাবক নিচের অংশটি পূরণ করবে)

এটা স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি নিম্নলিখিত বিষয়গুলো মেনে নিচ্ছি:

- আমি আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনা অনুযায়ী ঔষধ, যন্ত্রপাতি এবং সেবনের নির্দেশনা সংরক্ষণ করার এবং অতঃপর স্কুলে দেয়ার অনুমতি দিচ্ছি।
- আমি জানি যে:
 - আমি অবশ্যই স্কুল নার্সকে আমার সন্তানের ঔষধ, যন্ত্রপাতি এবং সেবনের নির্দেশনা দিব।
 - আমি সকল সাপ্লাই যেগুলো স্কুলে দিব সেগুলো অবশ্যই নতুন, মুখবন্ধ, এবং আসল (অরিজিন্যাল) বোতল বা বাক্সে ভরা থাকবে। স্কুলে দিবসে ব্যবহার করার জন্য আমি স্কুলে বর্তমান, বাতিল (এক্সপায়ার) হয়ে যায়নি এমন ঔষধ প্রদান করবো।
 - ঔষধ, যন্ত্রপাতি এবং ট্রিটমেন্টের উপর আপনার সন্তানের নাম এবং জন্মতারিখ লেখা থাকা উচিত।
 - আমার সন্তানের চিকিৎসা অথবা স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনায় কোন পরিবর্তন হলে স্কুল নার্সকে অবশ্যই অতিসত্বর জানাবো।
 - অফিস অভ স্কুল হেলথ (OSH) এবং এর এজেন্টরা আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য পরিশেবা দেয়ার সময় এই ফর্মের সঠিক তথ্যের উপর নির্ভর করে।
 - এই ফর্মটি স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, OSH-কে স্বাস্থ্য পরিশেবা প্রদানের অনুমতি দিচ্ছি। এই পরিশেবাগুলোর মধ্যে থাকতে পারে, কিন্তু এর মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়, OSH-এর স্বাস্থ্য পরিশেবা প্রদানকারী অথবা নার্স দ্বারা ক্লিনিক্যাল মূল্যায়ন অথবা শারীরিক পরীক্ষা (ফিজিক্যাল এক্সাম)।
 - এই ফর্মটিতে যে চিকিৎসার যে নির্দেশনা দেয়া আছে তা আমার সন্তানের স্কুল বছরের শেষে বাতিল হয়ে যাবে, যার মধ্যে গ্রীষ্মকালীন সেশন অন্তর্ভুক্ত হতে পারে, অথবা যখন আমি স্কুল নার্সকে একটি নতুন একটি ফর্ম দিব (যেটা আগে হবে)।
 - আমার অনুমতি এবং এই ফর্ম মেডিক্যাল (ঔষধ প্রদান) জনিত সেবার অনুরোধ যেভাবে বর্ণিত আছে এই ফর্মটি তার প্রতিনিধিত্ব করে। এটা OSH-এর কাছে অনুরোধকৃত সেবাগুলো প্রদানের কোন চুক্তি নয়। যদি OSH এই পরিশেবাগুলো প্রদান করার সিদ্ধান্ত নেয়, তবে আমার সন্তানের হয়তো স্টুডেন্ট অ্যাকোমোডেশন প্ল্যান লাগতে পারে। এই প্ল্যানটি স্কুল পূরণ করবে।
 - আমার সন্তানকে সেবা এবং চিকিৎসা প্রদানের উদ্দেশ্যে, OSH প্রয়োজন মনে করলে আমার সন্তানের মেডিক্যাল কন্ডিশন, ঔষধ অথবা চিকিৎসা সম্পর্কিত অন্যান্য তথ্য সংগ্রহ করতে পারে। OSH এই তথ্য আমার সন্তানকে স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করেছে যেসব হেলথ কেয়ার প্র্যাকটিশনার, নার্স, অথবা ফার্মাসিস্ট তাদের কাছ থেকে সংগ্রহ করতে পারে।

নিজে চিকিৎসা গ্রহণের জন্য (শুধুমাত্র স্বনির্ভর শিক্ষার্থীরা):

- আমি প্রত্যাশা/নিশ্চিত করছি যে আমার সন্তান নিজে ঔষধ সেবনে পুরোপুরি প্রশিক্ষিত এবং নিজেই নিজের চিকিৎসা করবে। আমার সন্তানকে ঔষধ বহন করার, সংরক্ষণ করার এবং নিজে চিকিৎসা করার অনুমতি এই ফর্মের মাধ্যমে দিচ্ছি। আমার সন্তানকে সাপ্লাই ও যন্ত্রপাতির উপরে যেভাবে বর্ণিত হয়েছে সেই অনুযায়ী প্রদানে আমি দায়বদ্ধ। আমার সন্তানের চিকিৎসার প্রতি, এবং নিজে চিকিৎসা স্কুলে করার ফলে যে প্রভাব পড়তে পারে সে ব্যাপারে লক্ষ্য রাখতে আমি দায়বদ্ধ। আমার সন্তান নিজে নিজের চিকিৎসা করতে পারবে কিনা তা স্কুল নার্স নিশ্চিত করবে। যদি আমার সন্তান সাময়িকভাবে নিজে চিকিৎসা করতে অক্ষম হয় তবে স্কুলকে বাড়তি (ব্যাক আপ) যন্ত্রপাতি অথবা সাপ্লাই দিব বলে সম্মতি দিচ্ছি।
- যদি আমার সন্তান সাময়িকভাবে ঔষধ বহন করতে অথবা নিজে ঔষধ সেবন করতে অক্ষম হয় তবে স্কুল নার্স অথবা প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত স্কুল কর্মীগণ তাকে ঔষধ প্রদান করার অনুমতি দিচ্ছি।

ঔষধ আগে থেকে মিশিয়ে দেয়া এবং পিতামাতা দ্বারা প্রদান করার অনুমতি নার্স দিতে পারবে না। সন্তানের প্রাইমারি মেডিক্যাল সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনা অনুযায়ী নার্স চাইলে ঔষধ প্রস্তুত এবং মিশিয়ে, G-টিউবের মাধ্যমে খাইয়ে দিতে পারে।

শিক্ষার্থী শেষ নাম	প্রথম নাম	মধ্যনামের অদ্যাক্ষর	জন্মতারিখ ___/___/_____	স্কুল:	
স্কুলের ATSDBN/নাম			বরো	ডিস্ট্রিক্ট	
পিতামাতা/অভিভাবকের নাম (ইংরেজি বড় অক্ষরে):			পিতামাতা/অভিভাবকের সই	স্বাক্ষর দেওয়ার তারিখ: ___/___/_____	
পিতামাতা/অভিভাবকের ইমেইল			পিতামাতা/অভিভাবকের ঠিকানা		
ফোন নম্বর:		দিনের (____) _____ - _____	বাড়ি (____) _____ - _____	সেল ফোন * (____) _____ - _____	
জরুরী অবস্থায় যোগাযোগের বিকল্প নাম		শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক		বিকল্প যোগাযোগের ফোন নম্বর (____) _____ - _____	

FOR Office of School Health (OSH) USE ONLY (শুধুমাত্র অফিস অভ স্কুল হেলথ (OSH)-এর ব্যবহারের জন্য)

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