

學生照片附
此

醫療處方治療提供 (Provision of Medically Prescribed Treatment) 的申請 (非藥物使用)

提供者治療要求表 | 學校健康辦公室 | 2019-2020 學年

請交還給學校護士。5月31日之後遞交的表格可能延遲受理新學年服務的申請。

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				

保健專業人員填寫以下內容

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):

1. Nurse-Dependent Student: nurse must administer treatment
2. Supervised Student: student self-treats under adult supervision
3. 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

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 ____/____/____

T&I -29425 (Chinese)

如果專業人員資訊不完整, 將導致醫藥手續執行的延誤 表格不能由駐院醫生填寫 3月19日修訂 家長必須在第2頁簽名 →

醫療處方治療提供 (Provision of Medically Prescribed Treatment) 的申請 (非藥物使用)

提供者治療要求表 | 學校健康辦公室 | 2019-2020 學年

截止日期: 5月31日。5月31日之後遞交的表格可能延遲受理新學年服務的申請。

家長/監護人填寫以下內容

我在下面簽名, 表示我同意如下:

- 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。
- 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。
 - 我所給予學校的所有用品都必須是新的、未曾打開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一次臨床評估或一次體檢。
 - 這份表格的治療說明/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)。
 - 這份表格代表我對本表所說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。
 - 為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為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 可以從任何為我子女提供健康服務的保健專業人員、護士或藥劑師那裏獲取該資訊。

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。我負責根據上述說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治療法及我子女自我治療的所有結果。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。
- 我同意, 如果我子女臨時不能攜帶或自行治療, 學校護士或經過訓練的學校員工可以給我子女施用治療。

如需護士施用, 家長再不能預先混合藥物和餵服劑量了。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	名	中間名	出生日期 ___ / ___ / _____	學校
學校 ATSDBN/名稱			行政區	學區
家長/監護人姓名 (清楚書寫)			家長/監護人簽名	簽名日期 ___ / ___ / _____
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* (____) _____ - _____				
其他緊急聯絡人姓名	與學生的關係		其他聯絡電話 (____) _____ - _____	

僅由學校健康辦公室 (OSH) 填寫

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