Photo de l'élève à joindre ici

DEMANDE D'ADMINISTRATION DE TRAITEMENTS MÉDICAUX PRESCRITS (NON MÉDICAMENTEUX)

Formulaire d'ordonnance de traitement du prestataire | Bureau de la santé scolaire | Année scolaire **2019–2020**

Veuillez le retourner à l'infirmier(ère) scolaire. Les formulaires présentés après le 31 mai pourraient causer du retard dans leur traitement pour la nouvelle année scolaire.

Student Last Name	First Name	Middle	**Date of birth** __ __ / __ __ / __ __ __ __ MM DD YYYY	☐ Male ☐ Female
OSIS Number __ __ __ __ __ __ __ __ __				
School (include ATSDBN/name, address and borough)			**DOE District**	**Grade** / **Class**

PARTIE À COMPLÉTER PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

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.

- ☐ Clean Intermittent Catheterization Cath Size _____Fr.
- ☐ Central Venous Line
- ☐ G-Tube Feeding*: ☐ Bolus ☐ Pump ☐ Gravity Cath Size _____Fr.
- ☐ J-Tube Feeding*: ☐ Bolus ☐ Pump ☐ Gravity Cath Size _____Fr.
- ☐ Naso-Gastric Feeding* Cath Size _____Fr.
- ☐ Specialized/Non-Standard Feeding* Cath Size _____Fr.
- ☐ Feeding Tube replacement if dislodged - specify in area below
- ☐ Oral / Pharyngeal Suctioning Cath Size _____Fr.
- ☐ Tracheostomy Care Trach. Size _____.
- ☐ Trach. suctioning Cath. Size _____Fr.
- ☐ Trach replacement - specify in area below
- ☐ Oxygen Administration - specify in area below
- ☐ Pulse Oximetry monitoring
- ☐ Vagus Nerve Stimulator
- ☐ Other: _____
- ☐ Ostomy Care
- ☐ Chest Clapping
- ☐ Percussion
- ☐ Postural Drainage
- ☐ Dressing Change

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 (French)

TOUTE INFORMATION INCOMPLÈTE DU MÉDECIN RETARDERA LA MISE EN PLACE DE L'ORDONNANCE MÉDICALE LES FORMULAIRES NE DOIVENT PAS ÊTRE REMPLIS PAR UN INTERNE EN MÉDECINE Rev 3/19

LES PARENTS DOIVENT SIGNER LA PAGE 2 ➔

DEMANDE D'ADMINISTRATION DE TRAITEMENTS MÉDICAUX PRESCRITS (NON MÉDICAMENTEUX)

Formulaire d'ordonnance de traitement du prestataire | Bureau de la santé scolaire | Année scolaire **2019–2020**

DATE LIMITE : 31 MAI. Les formulaires présentés après le 31 mai pourraient causer du retard dans leur traitement pour la nouvelle année scolaire.

PARTIE À COMPLÉTER PAR LES PARENTS/TUTEURS/TUTRICES

EN SIGNANT CI-DESSOUS, JE SUIS D'ACCORD AVEC CE QUI SUIT :

1. Je consens à ce que le matériel et les équipements médicaux, ainsi que les traitements prescrits à dispenser à mon enfant soient conservés et administrés à l'école selon les instructions de son médecin.
2. Je comprends que :
   - Je dois donner à l'infirmier(ère) de l'école le matériel, les équipements médicaux et les traitements de mon enfant.
   - **Tout matériel que je remets à l'école doit être neuf, non ouvert et dans son emballage ou flacon d'origine. Je donnerai à l'école le matériel actuel et non périmé pour l'usage de mon enfant pendant les jours de classe.**
     - Le matériel, les équipements et tout traitement doivent porter une étiquette indiquant le nom et la date de naissance de mon enfant.
   - Je dois **immédiatement** informer l'infirmier(ère) de l'école de tout changement concernant le traitement de mon enfant ou les instructions de son médecin.
   - Le Bureau de la santé scolaire (Office of School Health - OSH) et son personnel qui participent à l'administration des services de santé dispensés à mon enfant et indiqués ci-dessus se fient à l'exactitude des informations de ce formulaire.
   - En signant ce formulaire, j'autorise l'OSH à dispenser des services de santé à mon enfant. Ces services peuvent comprendre, entre autres, une évaluation clinique et un examen médical par un professionnel de santé ou un(e) infirmier(ère) de l'OSH.
   - Les ordonnances/instructions de traitement indiqués sur ce formulaire expirent à la fin de l'année scolaire de mon enfant, ce qui peut inclure la session d'été, ou lorsque je donne un nouveau formulaire à l'infirmier(ère) de l'école (selon l'événement survenant en premier).
   - Ce formulaire représente mon consentement et ma demande pour les services médicaux indiqués dans ce dernier. Cela ne constitue pas un accord de l'OSH pour l'administration des services demandés. Si l'OSH décide de dispenser ces services, mon enfant peut également avoir besoin d'un Plan scolaire d'aménagements. Ce plan sera mis en place par l'école.
   - Afin de dispenser des soins ou un traitement à mon enfant, l'OSH est en droit d'obtenir toute autre information qu'il estime être nécessaire concernant l'état de santé, les médicaments ou le traitement de mon enfant. L'OSH peut obtenir ces informations de tout professionnel de santé, infirmier(ère), ou pharmacien ayant dispensé des services de santé à mon enfant.

AUTOTRAITEMENT (UNIQUEMENT POUR LES ÉLÈVES AUTONOMES)

- Je déclare/j'atteste que mon enfant a été pleinement formé(e) et qu'il/elle peut administrer son traitement lui-même/elle-même. Je consens à ce que mon enfant transporte, conserve et s'administre lui-même/elle-même à l'école les traitements prescrits dans ce formulaire. J'ai la responsabilité de donner à mon enfant ce matériel et ces équipements étiquetés comme décrits plus haut. Je dois également surveiller la prise de traitements par mon enfant et tous les résultats suivant l'autotraitement de mon enfant à l'école. L'infirmier(ère) attestera de l'aptitude de mon enfant à administrer son traitement lui-même/elle-même. Je consens également à donner à l'école des équipements ou du matériel « de secours » clairement étiquetés si mon enfant n'est pas en mesure de s'autotraiter.
- J'accepte que l'infirmier(ère) de l'école ou tout membre du personnel formé conserve et dispense les traitements à mon enfant s'il/si elle est temporairement incapable de le transporter et de se l'administrer lui-même/elle-même.

Les repas et les traitements prémélangés par les parents ne peuvent plus être administrés par l'infirmier(ère). Les infirmiers(ères) peuvent préparer et mélanger les traitements et les repas pour une administration par sonde gastrique, comme demandé par le médecin traitant de l'enfant.

Nom de famille de **l'élève**	Prénom	Initiale 2d prénom	Date de naissance __ __ / __ __ / __ __ __ __	École
ATSDBN/nom de l'école			Borough	District
Nom du parent/tuteur/de la tutrice (Majuscules)		**SIGNEZ ICI**	**Signature parent/tuteur/tutrice**	**Signé le** __ __ / __ __ / __ __ __ __
E-mail du parent/tuteur/de la tutrice			**Adresse du parent/tuteur/de la tutrice**	

Numéros de téléphone :

En journée (__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __ **Domicile** (__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __ **Portable*** (__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __

Autre personne à contacter en cas d'urgence	**Lien avec l'élève**	**N° de téléphone** (__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __

RÉSERVÉ À L'USAGE DU BUREAU DE LA SANTÉ SCOLAIRE (OSH)

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

*Il est déconseillé d'envoyer des informations confidentielles par courrier électronique.

POUR IMPRESSION UNIQUEMENT