



REQUEST FOR PROVISION OF MEDICALLY PRESCRIBED TREATMENT (NON-MEDICATION)

Provider Treatment Order Form | Office of School Health | School Year **2018-2019**
DUE: JULY 15th. Forms submitted after July 15th may delay processing for new school year.

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

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"/> 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-administers under adult supervision
- Independent Student: student is self-carry/self-administer:



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

* Please note that parent prepared feeding or nurse prepared feeding, i.e. mixing powder with water, must receive approval from the Director/Deputy Director of Nursing

Oxygen administration: _____
Amount (L) Route Frequency/specific time(s) of administration prn O2 Sat < ____% _____
Specify Symptoms

Other Treatment: _____
Treatment Name Route Frequency/specific time(s) of administration prn _____
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 (Please Print)	LAST NAME	FIRST NAME	Signature
Address		Tel. No. (____) _____ - _____	Fax. No (____) _____ - _____
E-mail address		Cell phone (____) _____ - _____	
NYS License No (Required) ____ - _____		NPI No. _____	Date ___/___/____

ЗАПРОС НА ПРЕДПИСАННОЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Форма назначения лечения | Отдел школьного здравоохранения | 2018–2019 уч. год

СРОК ПОДАЧИ: 15 ИЮЛЯ. Подача запроса после указанного срока может привести к задержке предоставления услуг в новом уч. г.

ЗАЯВЛЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ/ОПЕКУНОВ

Я, нижеподписавшийся, выражаю согласие на следующее:

1. Я даю согласие на хранение и выдачу ребенку в школе необходимых средств и материалов для проведения процедур в соответствии с предписаниями его лечащего врача.
2. Мне известно, что
 - Я обязан предоставить школьной медсестре необходимые материалы, инструменты и лекарственные средства.
 - **Все материалы, предоставляемые школе, должны быть новыми, в запечатанной фабричной или аптечной упаковке.** Для применения вне школы и во время школьных поездок обязуюсь предоставить ребенку другие средства и материалы.
 - Материалы, инструменты и лекарственные средства должны быть подписаны (укажите имя и дату рождения ребенка).
 - Я обязан незамедлительно информировать школьную медсестру о любых изменениях, связанных с предписаниями врача.
 - Отдел школьного здравоохранения (OSH) и его представители, ответственные за предоставление ребенку вышеуказанной услуги/услуг, руководствуются информацией, представленной в данной форме.
 - Своей подписью в документе я разрешаю Отделу школьного здравоохранения (Office of School Health, OSH) оказывать медицинские услуги ребенку. Эти услуги могут включать клиническую оценку и медицинский осмотр, проводимые врачом или медсестрой OSH.
 - Форма запроса истекает в конце учебного года, который может включать летние занятия, или по представлении мной новой формы школьной медсестре (в зависимости от того, что наступит ранее).
 - Данная форма представляет собой мой запрос и разрешение на указанные медицинские услуги. Она не является согласием OSH об оказании запрашиваемых услуг. В случае согласия OSH на предоставление этих услуг, ребенку также потребуется План по адаптации (Student Accommodation Plan), который оформляется школой.
 - OSH вправе обращаться за необходимой информацией о состоянии здоровья ребенка, его лекарствах и/или лечении к любым поставщикам медицинских и/или фармацевтических услуг, оказывавшим помощь ребенку.
 - В случае отсутствия школьной медсестры я могу быть уведомлен о необходимости явиться в школу для проведения процедур.

САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ:

- Настоящим заявляю/подтверждаю, что ребенок прошел обучение и может выполнять процедуры. Я разрешаю ребенку иметь при себе, хранить материалы и инструменты и самостоятельно выполнять процедуры. Я несу ответственность за предоставление ребенку материалов и лекарственных средств в упаковке, как описано выше. Я также несу ответственность за контроль выполнения ребенком процедур, а также за все последствия процедур, самостоятельно выполненных в школе. Школьная медсестра удостоверяет способность ребенка самостоятельно проводить процедуру. Я даю согласие на предоставление запасных материалов и инструментов упаковке с разборчиво надписанной этикеткой для хранения в школе на случай временной утраты ребенком способности проводить процедуру самостоятельно.
- Я даю согласие на хранение и выдачу немедикаментозных средств школьной медсестрой или обученным сотрудником в случае временной утраты ребенком возможности иметь эти средства при себе и самостоятельно принимать их.

Кормление ребенка приготовленной родителями или медсестрой пищей (к примеру, порошка, смешанного с водой), подлежит утверждению директором/заместителем директора по медсестринским услугам.

Ребенок: Фамилия	Имя	Инициал ср. имени	Дата рождения	Школа
Имя и фамилия родителя/опекуна (печатными буквами)			<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">ПОДПИСЬ</div> Подпись родителя/опекуна	
Адрес родителя/опекуна:			Дата подписи	
Телефоны: дневной		домашний	мобильный	
Имейл родителя/опекуна				
Другое контактное лицо для срочной связи:			Телефон контактного лица	

For Office of School Health (OSH) Use Only / Для служебных отметок OSH

OSIS Number:			
Received by: Name	Date	Reviewed by: Name	Date
<input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> Other		Referred to School 504 Coordinator: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Services provided by: <input type="checkbox"/> Nurse/NP		<input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor <i>(For supervised students only)</i>	
Signature and Title (RN OR SMD):		Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison	
Revisions as per OSH contact with prescribing health care practitioner <input type="checkbox"/> Modified <input type="checkbox"/> Not Modified			

*Конфиденциальная информация не подлежит пересылке по электронной почте.