



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

Provider Treatment Order Form | Office of School Health | School Year **2018-2019**  
**DUE: JULY 15<sup>th</sup>. Forms submitted after July 15<sup>th</sup> 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

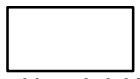
## HEALTHCARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

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

**طبی طور پر مجوزہ علاج (غیر ادویاتی) کے اہتمام کی گزارش**  
 فراہم کنندہ کے لیے علاج آرڈر کرنے کا فارم | اسکول کا دفتر صحت | تعلیمی سال 2018-2019  
 آخری تاریخ: 15 جولائی 15 جولائی کے بعد جمع کروانے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔  
 والدین / سرپرست ذیل میں پُر کریں

**ذیل میں دستخط کر کے میں متفق ہوں:**

- میں اپنے بچے کا طبی سامان، آلات اور مجوزہ علاج اسکول میں محفوظ کیے جانے اور میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت فراہم کنندہ کی ہدایات کے مطابق دیے جانے کی اجازت دیتا ہوں۔
- میں سمجھتا ہوں کہ:
  - مجھے اسکول نرس کو اپنے بچے کا طبی سامان، آلات اور ٹریٹمنٹس (treatments) دینے لازمی ہیں۔
  - تمام ساز و سامان جو میں اسکول کو دوںگا وہ نئی، بند، اور اصل بوتل یا ٹیپے میں ہونی لازمی ہیں۔ میں اپنے بچے کے استعمال کے لیے دیگر سامان لوںگا جب وہ اسکول میں نہ ہو یا اسکول ٹرپ پر ہو۔
  - سامان، آلات اور علاج پر میرے بچے کے نام اور تاریخ پیدائش کا لیبل لگا ہونا چاہیے۔
  - مجھے اپنے بچے کی علاج یا صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات میں کسی بھی تبدیلی سے اسکول نرس کو فوراً آگاہ کرنا لازمی ہے۔
  - میرے بچے کو مذکورہ بالا صحت سے متعلقہ خدمت (خدمات) فراہم کرنے میں معاون اسکول کا دفتر صحت (OSH) اور اسکے کارندے اس فارم پر دی گئی معلومات کی درستگی پر انحصار کرتے ہیں۔
  - اس فارم پر دستخط کر کے، اسکول کا دفتر صحت (OSH) میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کرسکتا ہے۔ ان خدمات میں OSH کے طبی نگہداشت پیشہ ور یا نرس کے ذریعے کلینکل تشخیص یا ایک جسمانی معائنہ شامل ہو سکتا ہے۔
  - علاج کی ہدایات / آرڈر میرے بچے کے تعلیمی سال کے آخر میں ختم ہوجائے گا، جس میں گرما کا سیشن شامل ہوسکتا ہے، یا جب میں اسکول نرس کو ایک نیا فارم فراہم کروں (جو بھی جلد واقع ہو)
  - یہ فارم میری اجازت اور اس فارم میں بیان کردہ طبی خدمات کی درخواست کی نمائندگی کرتا ہے۔ یہ OSH کی جانب سے درخواست کردہ خدمات فراہم کیے جانے کا معاہدہ نہیں ہے۔ اگر OSH یہ خدمات فراہم کرنے کا فیصلہ کرے تو میرے بچے کو ایک طلبا کی سہولیات کا منصوبہ بھی درکار ہوسکتا ہے۔ یہ منصوبہ اسکول کے ذریعے مکمل کیا جائے گا۔
  - OSH دیگر کوئی بھی معلومات حاصل کرسکتا ہے جو انکے خیال میں میرے بچے کی طبی صورت حال، دوا یا ٹریٹمنٹ (treatment) کے لیے درکار ہو۔ OSH یہ معلومات کسی بھی طبی نگہداشت کے پیشہ ور، نرس، یا دوا فروش سے حاصل کرسکتا ہے جنہوں نے میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کی ہیں۔
  - اگر اسکول نرس نہ دستیاب ہو، تو مجھے اپنے بچے کو ٹریٹمنٹ دینے کے لیے اسکول آئے کا کہا جاسکتا ہے۔

**خود سے دوا لینا:**

- میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میرا بچہ مکمل تربیت یافتہ ہے اور وہ خود سے ٹریٹمنٹ کر سکتا / سکتی ہے۔ میں اپنے بچے کو اس فارم پر دی گئی ٹریٹمنٹس ساتھ رکھنے، محفوظ کرنے اور خود سے لینے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں اپنے بچے کو یہ سامان اور آلات مذکورہ بالا کے مطابق لیبل ہوا دینے کا ذمہ دار ہوں۔ میں اپنے بچے کی ٹریٹمنٹس کی نگرانی کرنے، اور اسکول میں میرے بچے کے خود سے ٹریٹمنٹ لینے کے نتائج کا بھی ذمہ دار ہوں۔ اسکول نرس میرے بچے کی خود سے ٹریٹمنٹ لینے کی اہلیت کا فیصلہ کرے گی۔ میں اسکول کو واضح لیبل لگے "بیک اپ" آلات اور سامان دینے پر رضامند ہوں ایسی صورت میں کہ میرا بچہ خود سے ٹریٹمنٹ کرنے سے قاصر ہو۔
- میں اسکول نرس یا تربیت یافتہ اسکول عملے کو ٹریٹمنٹس محفوظ کرنے اور دینے کی اجازت دیتا ہوں اگر میرا بچہ عارضی طور پر ٹریٹمنٹ ساتھ رکھنے اور خود سے لینے سے قاصر ہو۔

والدین کے ذریعے تیار کردہ خوراک یا نرس کے ذریعے تیار کردہ خوراک کو، جیسے پاؤڈر کو پانی میں حل کرنا، ڈائریکٹر / ڈپٹی ڈائریکٹر برائے نرسنگ کی جانب سے منظوری حاصل کرنی چاہیے۔

طالب علم آخری نام	پہلا نام	درمیانی نام کا پہلا حرف	تاریخ پیدائش	اسکول
والدین / سرپرست کا نام جلی حروف میں	والدین / سرپرست کے دستخط یہاں دستخط کریں			
والدین / سرپرست کا پتہ				
ٹیلیفون نمبرز: دن کا	گھر	سیل فون		
والدین / سرپرست کا ای میل پتہ				
ہنگامی صورت میں متبادل رابطہ فرد کا نام			متبادل رابطہ فرد کا ٹیلیفون نمبر	

**For Office of School Health (OSH) Use Only / صرف اسکول کا دفتر صحت (OSH) عملے کے استعمال کے لیے**

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 <input type="checkbox"/> School Based Health Center (For supervised students only)	
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			

\*رازداری کی معلومات کو ای میل ذریعے نہیں بھیجا جانا چاہیے