



# মেডিকেল প্রেসক্রাইবড ড্রিটমেন্ট (নন-মেডিকেশন) ফর্ম

সেবা প্রদানকারীর ব্যবস্থাপত্র অনুযায়ী চিকিৎসা প্রদানের ফর্ম। অফিস অভ স্কুল হেলথ। 2023-2024 শিক্ষা বছর

অনুগ্রহ করে স্কুল নার্সের কাছে/স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে (হেলথ সেন্টারে) ফেরত দিন। পহেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেরি হতে পারে।

শিক্ষার্থীর শেষ নাম: \_\_\_\_\_ প্রথম নাম: \_\_\_\_\_ মধ্য: \_\_\_\_\_  
 জন্মতারিখ: \_\_\_\_\_ লিঙ্গ:  পুরুষ  নারী OSIS নম্বর: \_\_\_\_\_ গ্রেড: \_\_\_\_\_ ক্লাস: \_\_\_\_\_  
 DOE ডিস্ট্রিক্ট: \_\_\_\_\_ স্কুল (ATSDBN/নাম, ঠিকানা, এবং বরো উল্লেখ করুন): \_\_\_\_\_

## 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"/> Blood Pressure Monitoring   | <input type="checkbox"/> Feeding Tube replacement if dislodged - specify in #5 | <input type="checkbox"/> Trach Care: Trach. Size _____       |
| <input type="checkbox"/> Chest Clapping/Percussion   | <input type="checkbox"/> Oral / Pharyngeal Suctioning: Cath Size _____Fr.      | <input type="checkbox"/> Trach Replacement - specify in #5   |
| <input type="checkbox"/> Clean Intermittent Catheterization: Cath Size _____Fr.  | <input type="checkbox"/> Ostomy Care   | <input type="checkbox"/> Trach suctioning: Cath Size _____Fr |
| <input type="checkbox"/> Central Line/PICC Line  | <input type="checkbox"/> Oxygen Administration - specify in #2                 | <input type="checkbox"/> Other: _____                        |
| <input type="checkbox"/> Dressing Change   | <input type="checkbox"/> Postural Drainage                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Feeding: Cath Size _____Fr.   | <input type="checkbox"/> Pulse Oximetry monitoring                             |  |
| <input type="checkbox"/> Nasogastric <input type="checkbox"/> G-Tube <input type="checkbox"/> J-Tube                                       |  |  |
| <input type="checkbox"/> Bolus <input type="checkbox"/> Pump <input type="checkbox"/> Gravity <input type="checkbox"/> Spec./Non-Standard* |  |  |

**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)

I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed treatment effectively during school, field trips, and school-sponsored events

Practitioner's initials

**Diagnosis:** \_\_\_\_\_

Enter ICD-10 Codes and Conditions (RELATED TO THE DIAGNOSIS)

Diagnosis is self-limited:  Yes  No

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

### 1. Treatment required in school:

**Feeding:** Formula Name: \_\_\_\_\_ Concentration: \_\_\_\_\_  
Route: \_\_\_\_\_ Amount/Rate: \_\_\_\_\_ Duration: \_\_\_\_\_ Frequency/specific time(s) of administration: \_\_\_\_\_

**\*Per the New York State Education Department, nurses are not permitted to administer premixed medications and feedings. 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  After feeding

**Oxygen Administration:** Amount (L): \_\_\_\_\_ Route: \_\_\_\_\_ Frequency/specific time(s) of administration: \_\_\_\_\_  
 prn  O2 Sat < \_\_\_\_\_% Specify signs & symptoms: \_\_\_\_\_

**Other Treatment:** Treatment Name: \_\_\_\_\_ Route: \_\_\_\_\_ Frequency/specific time(s) of administration: \_\_\_\_\_  
Specify signs & symptoms: \_\_\_\_\_

**Additional Instructions or Treatment:**

2. Conditions under which treatment should not be provided:

3. Possible side effects/adverse reactions to treatment:

4. Emergency Treatment: Provide specific instructions for OSH/SBHC clinical staff (if present) in case of emergency or adverse reactions, including dislodgement or blockage of tracheostomy or feeding tube:

5. Specific instructions for non-medical school personnel in case of adverse reactions, including dislodgement of tracheostomy or feeding tube:

6. Date(s) when treatment should be: Initiated: \_\_\_\_\_ Terminated: \_\_\_\_\_

### Health Care Practitioner

Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_  MD  DO  NP  PA

Address: \_\_\_\_\_

Tel. No: \_\_\_\_\_ Fax No: \_\_\_\_\_ Cell phone: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

NYS License No (Required): \_\_\_\_\_ NPI No \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Practitioner's Signature: \_\_\_\_\_

**INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS  
- FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT**

## মেডিকেলি প্রেসক্রাইবড ট্রিটমেন্ট (নন-মেডিকেশন)

সেবা প্রদানকারীর চিকিৎসা প্রদানের নির্দেশনার ফর্ম | অফিস অভ স্কুল হেলথ | 2023-2024 শিক্ষা বছর  
অনুগ্রহ করে স্কুল নার্সের কাছে/স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে (হেলথ সেন্টারে) ফেরত দিন। পহেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেরি হতে পারে।  
পিতামাতা/অভিভাবকগণ পড়ুন, পূরণ করুন, এবং স্বাক্ষর করুন: নিচে স্বাক্ষর দিয়ে আমি নিম্নলিখিত বিষয়গুলো মেনে নিচ্ছি:

- আমি আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনা অনুযায়ী ঔষধ-পত্র, সরঞ্জাম (ইকুইপমেন্ট) এবং ব্যবস্থাপত্র অনুযায়ী চিকিৎসার নির্দেশনা সংরক্ষণ করার এবং অতঃপর স্কুলে দেয়ার অনুমতি দিচ্ছি।
- আমি বুঝি যে:

- আমি অবশ্যই স্কুল নার্সকে/পরিষেবা প্রদানকারী স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে (স্কুল বেসড হেলথ সেন্টার, SBHC) আমার সন্তানের চিকিৎসা সামগ্রী, সরঞ্জাম এবং ঔষধ দিব।
- আমি যেসব ঔষধপত্র স্কুলে দিব, সেগুলো অবশ্যই নতুন, মুখবন্ধ, এবং আসল (অরিজিনাল) বোতল বা বাস্ক্রে ভরা থাকবে। স্কুল দিবসে ব্যবহার করার জন্য আমি স্কুলে বর্তমান, বাতিল (এক্সপায়ার) হয়ে যায়নি এমন ঔষধ-পত্র প্রদান করবো।
  - চিকিৎসা সামগ্রী, সরঞ্জাম এবং ঔষধের উপর আমার সন্তানের নাম এবং জন্মতারিখ লেখা থাকা উচিত।
- আমার সন্তানের ঔষধে অথবা স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনায় কোনও পরিবর্তন হলে স্কুল নার্সকে/পরিষেবা প্রদানকারী SBHC-কে অবশ্যই অতিসত্বর জানাতে হবে।
- অফিস অভ স্কুল হেলথ (OSH) এবং এর এজেন্টরা আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য পরিষেবা দেয়ার সময় এই ফর্ম-এর তথ্যের সঠিকতার উপর নির্ভর করেন।
- এই ফর্মটি স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, OSH-কে স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানের অনুমতি দিচ্ছি। এই পরিষেবাগুলোর মধ্যে থাকতে পারে, কিন্তু এর মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়, OSH-এর স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী অথবা নার্স দ্বারা ক্লিনিক্যাল মূল্যায়ন অথবা শারীরিক পরীক্ষা (ফিজিক্যাল এক্সাম)।
- সামার অধিবেশনসহ আমার সন্তানের স্কুল বছর শেষ হলে কিংবা আমি স্কুল নার্সের কাছে একটি নতুন ফর্ম দিলে (দুটির যেটা আগে হবে), এই ফর্ম-এর চিকিৎসা-নির্দেশনা/আদেশ মেয়াদোত্তীর্ণ হবে। যখন ঔষধ সেবনের নির্দেশনা মেয়াদোত্তীর্ণ (এক্সপায়ার) হয়ে যাবে, আমি তখন আমার সন্তানের স্কুল নার্সকে/পরিষেবা প্রদানকারী SBHC-কে স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর দ্বারা পূরণকৃত নতুন একটি MAF অবশ্যই প্রদান করবো।
- এই ফর্মটি আমার অনুমতি এবং এই ফর্মে চিকিৎসা (মেডিকেল) প্রদানজনিত সেবার অনুরোধ যেভাবে বর্ণিত আছে সেটার প্রতিনিধিত্ব করে। এটা OSH-এর কাছে অনুরোধকৃত সেবাগুলো প্রদানের কোনও চুক্তি নয়। যদি OSH এই পরিষেবাগুলো প্রদান করার সিদ্ধান্ত নেয়, তবে আমার সন্তানের হয়তো সেকশন 504 অ্যাকোমোডেশন প্ল্যান (বিশেষ সুবিধার পরিকল্পনা) প্রয়োজন হতে পারে। এই প্ল্যানটি (পরিকল্পনা) স্কুল পূরণ করবে।
- আমার সন্তানকে সেবা এবং চিকিৎসা প্রদানের উদ্দেশ্যে, OSH প্রয়োজন মনে করলে আমার সন্তানের স্বাস্থ্যগত অবস্থা (মেডিক্যাল কন্ডিশন), ঔষধ অথবা চিকিৎসা সম্পর্কিত অন্যান্য তথ্য সংগ্রহ করতে পারে। যেসব হেলথ কেয়ার প্র্যাকটিশনার (স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী), নার্স, অথবা ফার্মাসিস্ট আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য সেবা প্রদান করেছেন, তাদের কাছ থেকে এসব তথ্য OSH সংগ্রহ করতে পারে।

নিউ ইয়র্ক স্টেট এডুকেশন ডিপার্টমেন্টের নির্দেশ অনুযায়ী, নার্সগণ পূর্ব-মিশ্রিত ঔষধ ব্যবস্থাপনা ও খাওয়ানোর জন্য অনুমোদিত নয়। শিক্ষার্থীর প্রাথমিক স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী কর্তৃক নির্দেশনা অনুযায়ী, নার্স ঔষধ প্রস্তুত ও মেশাতে এবং জি-টিউবের মাধ্যমে খাওয়াতে পারেন।

### নিজে চিকিৎসা করার জন্য (শুধুমাত্র স্বনির্ভর শিক্ষার্থীবৃন্দ):

- আমি প্রত্যয়ন/নিশ্চিত করছি যে আমার সন্তান নিজে ঔষধ সেবনে পুরোপুরি প্রশিক্ষিত এবং নিজেই নিজের চিকিৎসা করবে। এই ফর্মে নির্দেশনা অনুযায়ী, আমার সন্তানকে স্কুলে ঔষধ বহন করার, সংরক্ষণ করার, এবং নিজে সেবন করার সম্মতি দিচ্ছি। আমার সন্তানকে ঔষধের উপরে যেভাবে বর্ণিত হয়েছে সেই অনুযায়ী বোতল অথবা বাস্ক্রে প্রদানে দায়বদ্ধ। আমার সন্তানের চিকিৎসার প্রতি, এবং নিজে চিকিৎসা স্কুলে করার ফলে যে প্রভাব পড়তে পারে সে ব্যাপারে লক্ষ রাখতে আমি দায়বদ্ধ। আমার সন্তান নিজে নিজের চিকিৎসা করতে পারবে কিনা তা স্কুল নার্স/SBHC-এর পরিষেবা প্রদানকারী নিশ্চিত করবে। আমার সন্তান নিজে নিজের চিকিৎসা করতে সক্ষম না হলে আমি স্কুলকে স্পষ্টভাবে লেবেলকৃত “ব্যাগ আপ” সরঞ্জাম অথবা সামগ্রী প্রদানের সম্মতিও দিচ্ছি।

শিক্ষার্থীর শেষ নাম: \_\_\_\_\_ প্রথম নাম: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_ জন্মতারিখ: \_\_\_\_\_

স্কুলের ATSDBN/নাম

বরো: \_\_\_\_\_ ডিস্ট্রিক্ট: \_\_\_\_\_

পিতামাতা/অভিভাবকের ইমেইল: \_\_\_\_\_ পিতামাতা/অভিভাবকের ঠিকানা: \_\_\_\_\_

ফোন নম্বর: দিবাকালীন: \_\_\_\_\_ বাড়ি: \_\_\_\_\_ সেল ফোন#: \_\_\_\_\_

পিতামাতা/অভিভাবকের নাম: \_\_\_\_\_ পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_

স্বাক্ষর দেয়ার তারিখ: \_\_\_\_\_

জরুরী পরিস্থিতিতে বিকল্প যোগাযোগ:

নাম: \_\_\_\_\_ শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক: \_\_\_\_\_ যোগাযোগের নম্বর: \_\_\_\_\_

### FOR OFFICE OF SCHOOL HEALTH (OSH) USE ONLY

OSIS Number: \_\_\_\_\_

Received by: Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Reviewed by: \_\_\_\_\_ 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:  Clarified  Modified

\*Confidential information should not be sent by e-mail.

FOR PRINT USE ONLY