

MEDICALLY PRESCRIBED TREATMENT (NON-MEDICATION) FORM

استمارة طلب الدواء من المزود | مكتب الصحة المدرسية | للعام الدراسي 2024-2025

يرجى إعادتها إلى ممرضة المدرسة/ المركز الصحي المدرسي. الاستمارات المقدمة بعد يوم 1 يونيو/ حزيران قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد.

الاسم الأخير للتلميذ(ة): _____ الاسم الأول: _____ الأحرف الأولى من الاسم الأوسط: _____ تاريخ الميلاد: سنة/ يوم/ شهر _____
 الجنس: ذكر أنثى رقم التعريف المدرسي (OSIS): _____ الصف: _____ الفصل: _____
 المدرسة (ضمن الاسم والرقم والعنوان والحي): _____ المنطقة التعليمية لإدارة التعليم: _____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW / يقوم ممارس الرعاية الصحية بإكمال الجزء أدناه**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 #1 | <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
 I attest student demonstrated 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 clinical personnel (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 (Print): _____ First Name (Print): _____ **Please check one:** MD DO NP PA
 Signature: _____ Date: _____ NYS License # (Required): _____ NPI #: _____
 Address: _____ Email address: _____
 Telephone: _____ FAX: _____ Cell Phone: _____

Rev 3/24

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS

← **PARENTS MUST SIGN PAGE 2 / 2** يجب على الآباء توقيع الصفحة

FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT

MEDICALLY PRESCRIBED TREATMENT (NON-MEDICATION) FORM

استمارة طلب الدواء من المزود | مكتب الصحة المدرسية | للعام الدراسي 2024-2025
يرجى إعادتها إلى ممرضة المدرسة/ المركز الصحي المدرسي. الاستمارات المقدمة بعد يوم 1 يونيو/ حزيران قد تؤخر المعالجة للعام الدراسي الجديد.

الآباء/ أولياء الأمور، أقرؤوا واملأوا ووقعوا هذه الاستمارة: بتوقيعي أدناه، أوافق على ما يلي:

- أوافق على أن يتم تخزين المستلزمات الطبية، والمعدات، والعلاجات الموصوفة الخاصة بطفلي وإعطائه إياها في المدرسة بناءً على توجيهات ممارس الرعاية الصحية لطفلي.
- وأنا أدرك أنه:
 - يجب أن أعطي ممرض(ة) المدرسة/ المركز الصحي المدرسي (SBHC) المستلزمات الطبية والمعدات والعلاجات الخاصة بطفلي.
 - يجب أن تكون جميع المستلزمات التي أعطيها للمدرسة جديدة وغير مفتوحة، وفي القارورة أو العبوة الأصلية. سوف أزود المدرسة بالأدوية الحالية الصالحة لاستخدام طفلي أثناء أيام الدراسة.
 - يجب عنونة المستلزمات والمعدات والعلاجات باسم طفلي وتاريخ ميلاده.
 - يجب أن أخبر ممرض(ة) المدرسة/ المركز الصحي المدرسي (SBHC) فوراً عن أي تغيير في دواء طفلي أو تعليمات ممارس الرعاية الصحية.
 - يعتمد مكتب الصحة المدرسية (OSH) ووكلاءه المشاركين في تقديم الخدمة (الخدمات) الصحية المذكورة أعلاه إلى طفلي على دقة المعلومات المقدمة في هذه الاستمارة.
 - بتوقيعي على هذه الاستمارة، أصرّح لمكتب الصحة المدرسية (OSH) بتقديم الخدمات الصحية لطفلي. وأنا أدرك أن هذه الخدمات قد تتضمن تقييماً أكاديمياً أو فحصاً طبياً من طرف ممارس الرعاية الصحية أو الممرض(ة) بمكتب الصحة المدرسية (OSH).
 - ينتهي أمر العلاج/ إرشادات العلاج المذكورة على هذه الاستمارة في نهاية العام الدراسي لطفلي، والذي قد يشمل الحمص الصيفي، أو عندما أعطي ممرضة المدرسة استمارة جديدة (أيهما أقرب). عندما تنتهي صلاحية طلب تقديم العلاج هذا، سأقدم لممرضة طفلي المدرسة/ المركز الصحي المدرسي (SBHC) استمارة (MAF) جديدة مكتوبة بواسطة ممارس الرعاية الصحية لطفلي.
 - تمثل هذه الاستمارة موافقتي وطلب تقديم الخدمات الطبية المذكورة في هذه الاستمارة. وهي لا تمثل اتفاقاً مع مكتب الصحة المدرسية (OSH) لتوفير الخدمات المطلوبة. إذا قرر مكتب الصحة المدرسية (OSH) تقديم هذه الخدمات، قد يحتاج طفلي أيضاً إلى خطة تسهيلات الفقرة 504. ستقوم المدرسة بوضع هذه الخطة.
 - لأغراض تقديم الرعاية الصحية أو العلاج لطفلي، يمكن لمكتب الصحة المدرسية (OSH) الحصول على أي معلومات أخرى يعتقد أنها ضرورية عن الحالة الطبية لطفلي أو أدويته أو علاجه. قد يحصل مكتب الصحة المدرسية (OSH) على هذه المعلومات من أي ممارس رعاية صحية أو ممرضة أو صيدلي قدم خدمات صحية لطفلي.

وفقاً لإدارة التعليم في ولاية نيويورك، لا يُسمح للممرضات بإدارة الأدوية والوجبات الممزوجة مسبقاً. يمكن للممرضات تحضير وخلط الأدوية والوجبات من أجل الإعطاء عبر (G-tube) حسب طلب مقدم الرعاية الطبية الأساسي للطفل.

لأخذ الدواء بشكل ذاتي (للتلاميذ المستقلين فقط)

- أقر/ أؤكد أن طفلي قد تلقى تدريباً كاملاً ويمكنه القيام بالعلاج من تلقاء نفسه. أوافق على أن يقوم طفلي بحمل وتخزين والقيام بالعلاج الموصوف على هذه الاستمارة بنفسه في المدرسة وفي الرحلات المدرسية. أنا مسؤول عن إعطاء طفلي المستلزمات والمعدات المعنونة والموصوفة أعلاه. أنا أيضاً مسؤول عن مراقبة استخدام طفلي للعلاج، وعن جميع نتائج استخدام طفلي لهذا العلاج الذاتي في المدرسة. ستؤكد ممرضة المدرسة/ المركز الصحي المدرسي (SBHC) قدرة طفلي على القيام بالعلاج بنفسه. كما أوافق على إعطاء المدرسة معدات أو مستلزمات "احتياطية" معنونة بوضوح في حالة عدم قدرة طفلي على القيام بالمعالجة الذاتية.

الاسم الأخير للتلميذ(ة): _____ الاسم الأول: _____ الأوسط: _____ تاريخ الميلاد: سنة/ يوم/ شهر _____
المدرسة (رقم AT/ DBN / الاسم): _____ الحي: _____ المنطقة التعليمية: _____
عنوان البريد الإلكتروني للوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر: _____ عنوان منزل الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر: _____ رقم الهاتف المحمول*: _____
رقم الهاتف: أثناء النهار: _____ المنزل: _____ توقيع الوالد(ة)/ ولي(ة) الأمر: _____
تاريخ التوقيع (سنة/ يوم/ شهر) _____
طرف اتصال بديل لحالات الطوارئ: _____
الاسم: _____ العلاقة بالتلميذ(ة): _____ رقم الاتصال: _____

For Office of School Health (OSH) Use Only / فقط (OSH) لاستخدام مكتب الصحة المدرسية (OSH)

OSIS #: _____
Received by – Name: _____ Date: _____ Reviewed by – Name: _____ Date: _____
 504 IEP Other: _____ Referred to School 504 Counselor: 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 per OSH contact with prescribing health care practitioner: Clarified Modified

للاستخدام المطبوع فقط

Confidential information should not be sent by email / لا يتعين إرسال المعلومات ذات الخصوصية عبر البريد الإلكتروني