طالب علم کی تصویر یہاں لگائیں۔

منسلک کریں طبی تجویز کردہ علاج)غیر ادویاتی(کے ابتمام کی درخواست

طلبا کے فراہم کنندہ کے ذریعے علاج کا آرڈر فارم | اسکول کا دفتر صحت | تعلیمی سال 2021-2022

براہ کرم اسکول نرس کو واپس کریں۔ 1 جون کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔

طالب علم کا آخری نام: _____ پہلا نام: _____ درمیانی نام: _____

تاریخ پیدائش: صنف: _____ ☐ لڑکا ☐ لڑکی **OSIS** نمبر: _____ گریڈ: _____ کلاس: _____

DOE ضلع: _____ اسکول (**ATSDBN**/ نام، نمبر، پتہ اور برو شامل کریں):

HEALTHCARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

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.

- ☐ Blood Pressure Monitoring
- ☐ Chest Clapping/Percussion
- ☐ Clean Intermittent Catheterization: Cath Size _____ Fr.
- ☐ Central Line
- ☐ Dressing Change
- ☐ Feeding: Cath Size _____ Fr.
  - ☐ Nasogastric ☐ G-Tube ☐ J-Tube
  - ☐ Bolus ☐ Pump ☐ Gravity ☐ Spec./Non-Standard*
- ☐ Feeding Tube replacement if dislodged - specify in #5
- ☐ Oral / Pharyngeal Suctioning: Cath Size _____ Fr.
- ☐ Ostomy Care
- ☐ Oxygen Administration - specify in #2
- ☐ Postural Drainage
- ☐ Pulse Oximetry monitoring
- ☐ Trach Care: Trach. Size _____
- ☐ Trach Suctioning: Cath Size _____ Fr.
- ☐ Trach Replacement - specify in #5
- ☐ Vagus Nerve Stimulator
- ☐ Other: _____

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: _____

Diagnosis is self- limited: ☐ Yes ☐ No

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

☐ ____._____ ☐ ____._____ ☐ ____._____

1. 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 ☐ 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 nurse (if one is assigned and present) in case of emergency, including adversereactions, 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 Rev 4/21

والدین کے لیے صفحہ 2 پر دستخط کرنے لازمی ہیں ➔

طبی تجویز کردہ علاج (غیر ادویاتی) کے ابتمام کی درخواست

فراہم کنندہ کے علاج کرنے کا آرڈر فارم | اسکول کا دفترِ صحت | تعلیمی سال 2021-2022

براہ کرم اسکول نرس کو واپس کریں۔ **1 جون** کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔

والدین / سرپرست مطالعہ کریں، مکمل کریں اور دستخط کریں۔ ذیل میں دستخط کرکے میں اس پر متفق ہوں کہ:

1. میں اپنے بچے کے طبی سامان، آلات اور تجویز کردہ علاج کو محفوظ کرنے اور اسکول میں میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت معالج (ہیلتھ کئیر پریکٹشنر) کے ہدایات کے مطابق دینے کی اجازت دیتا ہوں۔
2. میں سمجھتا ہوں کہ:
   - مجھے اسکول نرس کو اپنے بچے کا طبی سامان، آلات اور ادویات دینے لازمی ہیں۔
   - تمام ساز وسامان جو میں اسکول کو دونگا وہ نیا، سیل بند، اور اصل بوتل یا ڈبے میں ہونا لازمی ہیں۔ میں اپنے بچے کو اسکول کے دنوں میں استعمال کے لیے جدید، غیر منسوخ شدہ سامان استعمال کرنے کے لیے اسکول کو فراہم کروں گا۔
     - سامان، آلات اور علاج پر میرے بچے کے نام اور تاریخ پیدائش کا لیبل لگا ہونا چاہئیے۔
   - 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۔
   - اسکول کا دفترِ صحت (OSH) اور اس کے نمائندے جو مندرجہ بالا خدمت (خدمات) میرے بچے کو فراہم کرنے میں شامل ہیں، اس فارم کی معلومات کے صحیح ہونے پر انحصار کر رہے ہیں۔
   - اس فارم پر دستخط کرکے،، میں باضابطہ طور پر OSH کو میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ ان خدمات میں شامل ہو سکتی ہیں لیکن انہی تک محدود نہیں، OSH کے طبی نگہداشت پیشہ ور یا نرس کے ذریعے کلینکی تشخیص یا ایک جسمانی معائنہ۔
   - علاج کی ہدایات / آرڈر میرے بچے کے تعلیمی سال کے آخر میں ختم ہوجائے گا، جس میں موسمِ گرما کا دورانیہ شامل ہوسکتا ہے، یا جب میں اسکول نرس کو ایک نیا فارم فراہم کروں (جو پہلے واقع ہو) جب اس دوا کے آرڈر کی میعاد منسوخ ہوجائے، میں اپنے بچے کی اسکول نرس کو میرے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور کے ذریعے تحریر کردہ ایک نیا MAF فراہم کرونگا۔ OSH کو مستقبل میں MAFs کے لیے میرے دستخط کی ضرورت نہیں ہوگی۔
   - 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 کرتا ہے، میرے بچے کو ایک طالب علم سہولت منصوبے کی بھی ضرورت ہو سکتی ہے۔ اس منصوبے کو اسکول مکمل کرے گا۔
   - OSH میرے بچے کو درکار نگہداشت یا علاج کی فراہمی کے لیے، دیگر کوئی بھی معلومات حاصل کرسکتا ہے جو انکے خیال میں میرے بچے کی طبی صورتِ حال، دوا یا علاج کے لیے ضروری ہے۔ OSH یہ معلومات کسی بھی ایسے 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۔

خود ادویات لینے کے لیے (صرف برائے خود مختارطلبا):

- میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میرا بچہ مکمل تربیت یافتہ ہے اور وہ خود سے علاج (ٹریٹمنٹس) کر سکتا 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 لگا ہوا دینے کا ذمہ دار ہوں۔ میں اپنے بچے کے علاج کی نگرانی کرنے، اور اسکول میں میرے بچے کے خود سے علاج کرنے کے تمام نتائج کا بھی ذمہ دار ہوں۔ اسکول نرس میرے بچے کی خود سے ٹریٹمنٹ لینے کی اہلیت کی تصدیق کرے گی۔ میں اسکول کو واضح لیبل لگے "محفوظ ذخیرہ" ("بیک اپ") آلات اور سامان دینے پر بھی رضامند ہوں ایسی صورت میں کہ میرا بچہ خود سے علاج کرنے سے قاصر ہو۔

اب سے والدین کو نرس کے ادویات اور فیڈنگز دینے کے لیے ان کو پہلے سے ملانے کی اجازت نہیں ہے۔ نرسیں بچے کے بنیادی طبی فراہم کنندہ کی ہدایات کے مطابق دوائیوں اور فیڈنگ کو جی۔ ٹیوب کے ذریعے دینے کے لیے تیار اور ملا سکتی ہیں۔

طالب علم کا آخری نام: _____ پہلا نام: _____ درمیانہ نام: _____ تاریخ پیدائش _____

اسکول کا ATSDBN / نام: _____ برو: _____ ضلع: _____

والدین / سرپرست کا ای میل: _____ والدین / سرپرست کا پتہ: _____

ٹیلیفون نمبرز: دن کے وقت: _____ گھر: _____ سیل فون*: _____

والدین / سرپرست کا نام: _____ والدین / سرپرست کے دستخط: _____ دستخط کی تاریخ: _____

ہنگامی صورت میں متبادل رابطہ فرد کا نام:

نام: طالب علم کے ساتھ رشتہ _____ **رابطہ نمبر:** _____

صرف اسکول کا دفترِ صحت (OSH) **کے استعمال کے لیے / 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