

Место для фотографии учащегося

# MEDICALLY PRESCRIBED TREATMENT (NON-MEDICATION) FORM

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения 2024–2025

Верните заполненную форму школьной медсестре или в школьный центр здоровья. Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

Фамилия ребенка: \_\_\_\_\_ Имя: \_\_\_\_\_ Инициал ср. имени: \_\_\_\_\_ Дата рождения: (месяц/день/год) \_\_\_\_\_  
Пол:  мужской  женский Номер учащегося (OSIS) \_\_\_\_\_ Уч. уровень: \_\_\_\_\_ Класс: \_\_\_\_\_  
Школа (название, номер, адрес и район): \_\_\_\_\_ Школьный округ DOE: \_\_\_\_\_

## ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ РЕБЕНКА / HEALTH CARE 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 #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: \_\_\_\_\_

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS Rev 3/24  
FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT **ТРЕБУЕТСЯ ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ НА С. 2 / PARENTS MUST SIGN PAGE 2 →**

## MEDICALLY PRESCRIBED TREATMENT (NON-MEDICATION) FORM

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения 2024–2025  
Верните заполненную форму школьной медсестре или в школьный центр здоровья. Подача запроса после 1 июня  
может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

### РОДИТЕЛИ/ОПЕКУНЫ! ПРОЧИТАЙТЕ, ЗАПОЛНИТЕ И ПОДПИШИТЕ ФОРМУ. Я, НИЖЕПОДПИСАВШИЙСЯ, ВЫРАЖАЮ СОГЛАСИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЕ:

- Я даю согласие на хранение и выдачу ребенку в школе необходимых средств и материалов для проведения процедур в соответствии с предписаниями его лечащего врача.
- Мне известно следующее:
  - Мне требуется обеспечить школьную медсестру/школьный центр здоровья (school based health center, SBHC) медицинскими принадлежностями, инструментами и материалами.
  - Все материалы, предоставляемые школе, должны быть новыми, в запечатанной фабричной или аптечной упаковке. Я предоставляю школе назначенные на текущее время непросроченные медицинские принадлежности для использования ребенком в течение учебного дня.**
    - Принадлежности, инструменты и материалы должны быть снабжены этикетками с именем, фамилией и датой рождения ребенка.
  - Я обязуюсь **незамедлительно** уведомлять школьную медсестру/SBHC обо всех изменениях в лечении ребенка или инструкциях лечащего 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 OSH оказывать медицинские услуги ребенку. Эти услуги могут включать, в частности, клиническую оценку и медицинский осмотр, проводимые врачом или медсестрой OSH.
  - Действие запроса истекает в конце учебного года, который может включать летние каникулы, или по представлении мной новой формы школьной медсестре (в зависимости от того, что наступит ранее). По истечении этого врачебного предписания я представлю школьной медсестре/SBHC новую форму MAF, заполненную лечащим врачом ребенка.
  - Данная форма представляет собой мой запрос и разрешение на указанные медицинские услуги. Она не является договором с OSH об оказании запрашиваемых услуг. В случае согласия OSH на предоставление этих услуг, ребенку также потребуются План адаптации (Section 504 Accommodation Plan), который оформляется школой.
  - В целях предоставления медицинских услуг или лечения моего ребенка я разрешаю OSH обращаться за необходимой информацией о состоянии здоровья ребенка, его лекарствах и/или лечении к врачам, медсестрам и фармацевтам, оказывавшим ребенку медицинские услуги.

В соответствии с требованиями Департамента образования штата Нью-Йорк (NYSED) медсестрам запрещается вводить предварительно смешанные лекарства и питание. Им разрешается готовить смеси и лекарства и проводить кормление через гастростомическую трубку в соответствии с указаниями лечащего врача ребенка.

### САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

- Настоящим заявляю/подтверждаю, что ребенок прошел обучение и может выполнять процедуры. Я также разрешаю ребенку иметь при себе, хранить медицинские принадлежности и материалы, а также самостоятельно проводить в школе и во время школьных экскурсий предписанные в форме медицинские 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 в упаковке с пометкой back up для хранения в школе на случай временной утраты ребенком способности проводить процедуру самостоятельно.

Информация о ребенке. Фамилия: \_\_\_\_\_ Имя: \_\_\_\_\_ Инициал среднего имени: \_\_\_\_\_ Дата рождения (м/д/г): \_\_\_\_\_

Информация о школе: DBN/Название в ATS: \_\_\_\_\_ Шк. округ: \_\_\_\_\_ Район: \_\_\_\_\_

Имейл родителя/опекуна: \_\_\_\_\_ Адрес родителя/опекуна: \_\_\_\_\_

Телефоны: дневной: \_\_\_\_\_ домашний: \_\_\_\_\_ мобильный \*: \_\_\_\_\_

Имя и фамилия родителя/опекуна: \_\_\_\_\_ Подпись родителя/опекуна: \_\_\_\_\_

Дата подписи (м/д/г): \_\_\_\_\_

Другое контактное лицо для срочной связи

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Родство с учащимся: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

### Для служебных отметок Отдела школьного здравоохранения (OSH) / For Office of School Health (OSH) Use Only

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

\*Confidential information should not be sent by email / Конфиденциальную информацию не следует отправлять по электронной почте.

FOR PRINT USE ONLY  
ТОЛЬКО ДЛЯ ПЕЧАТИ