

의료 처방 치료(비약물)에 대한 제공 요청

제공처 치료 지시 양식 | 학교 보건 담당실 | 2019-2020 학년도

학교 간호사에게 제출하십시오. 양식을 5월 31일 이후에 제출하면 다음 학년도 처리가 늦어질 수 있습니다.

Student Last Name _____	First Name _____	Middle _____	Date of birth ____/____/_____ MM DD YYYY	<input type="checkbox"/> Male
OSIS Number _____				<input type="checkbox"/> Female
School (include ATSDBN/name, address and borough) _____			DOE District _____	Grade _____
				Class _____

의료 보건 담당자가 다음을 작성하십시오

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.

1. Clean Intermittent Catheterization Cath Size ____Fr.	9. Tracheostomy Care Trach. Size ____.	16. Ostomy Care
2. Central Venous Line	10. Trach. suctioning Cath. Size ____Fr.	17. Chest Clapping
3. G-Tube Feeding*: <input type="checkbox"/> Bolus <input type="checkbox"/> Pump <input type="checkbox"/> Gravity Cath Size ____Fr.	11. Trach replacement - specify in area below	18. Percussion
4. J-Tube Feeding*: <input type="checkbox"/> Bolus <input type="checkbox"/> Pump <input type="checkbox"/> Gravity Cath Size ____Fr.	12. Oxygen Administration - specify in area below	19. Postural Drainage
5. Naso-Gastric Feeding* Cath Size ____Fr.	13. Pulse Oximetry monitoring	20. Dressing Change
6. Specialized/Non-Standard Feeding* Cath Size ____Fr.	14. Vagus Nerve Stimulator	
7. Feeding Tube replacement if dislodged - specify in area below	15. Other: _____	
8. Oral / Pharyngeal Suctioning Cath Size ____Fr.		

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 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
--------------	---------------	-------	-------------	----------	--

* 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
- Oxygen administration: _____ _____ pm O2 Sat < ____% _____

Amount (L) Route Frequency/specific time(s) of administration Specify Symptoms

- Other Treatment: _____ _____ pm _____

Treatment Name Route Frequency/specific time(s) of administration 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 LAST NAME (Please Print and circle one: MD, DO, NP, PA)	FIRST NAME	Signature
Address	Tel. No. (____) _____ - _____	Fax. No (____) _____ - _____
E-mail address	Cell phone (____) _____ - _____	
NYS License No (Required) ____ - _____	NPI No. _____	Date ____/____/____

의료 처방 치료(비약품)에 대한 제공 요청

제공처 치료 지시 양식 | 학교 보건 담당실 | 2019-2020 학년도

마감일: 5월 31일 양식을 5월 31일 이후에 제출하면 다음 학년도 처리가 늦어질 수 있습니다.

학부모/보호자 작성

아래 서명하면 다음과 같은 내용에 동의하는 것으로 간주됩니다:

- 저는 자녀의 의료 보건 담당자가 지시한 대로 학교에 아이의 의료 비품, 기구 및 처방 치료를 보관하고 사용하는 것에 동의합니다.
- 저는 다음을 이해합니다:
 - 저는 학교 간호사에게 반드시 자녀의 의료 비품, 기구 및 치료를 제공해야 합니다.
 - 학교에 제공하는 모든 비품은 개봉하지 않은 새것으로 원래의 박스나 병 그대로 가져가겠습니다. 학교에 자녀가 학교 생활 중 사용할 수 있도록 유효기간이 지나지 않은 최신 비품을 제공하겠습니다.
 - 비품, 기구, 치료에 자녀의 이름 및 생년월일을 부착해야 합니다.
 - 저는 자녀의 치료나 의료 보건 담당자의 지시가 변경되면 즉시 학교 간호사에게 반드시 알려야 합니다.
 - 저는 학교 보건 담당실(OSH) 및 상기 의료 서비스를 자녀에게 제공하는데 관련된 소속 에이전트가 본 양식에 제공된 정보의 정확함에 의존함을 알고 있습니다.
 - 이 양식에 서명함으로써 저는 OSH가 자녀에게 보건 서비스를 제공하도록 허가합니다. 이 서비스에는 OSH 의료 보건 제공자 또는 간호사의 임상 평가 및 신체 검사가 이들 서비스에 포함되며 이에 국한되지 않습니다.
 - 이 양식의 치료 안내/지시는 서머 세션을 포함한 자녀의 학년 말 또는 학교 간호사에게 새로운 양식을 제공할 때 (둘 중 이른 시점) 만료됩니다.
 - 이 양식은 양식에 설명된 의료 서비스에 대한 본인의 동의 및 요청을 대변합니다. OSH가 요청한 서비스를 제공하겠다는 동의서가 아닙니다. OSH가 이런 서비스를 제공하겠다고 결정하면 자녀는 학생 조정계획(Student Accommodation Plan)이 필요할 수 있습니다. 이 계획은 학교가 작성할 것입니다.
 - 자녀에게 케어 또는 치료를 제공할 목적으로 OSH는 자녀의 의료 상태, 약품 또는 치료에 대해 필요하다고 생각하는 정보를 얻을 수 있습니다. OSH는 자녀에게 의료 서비스를 제공하는 의료 보건 제공자, 간호사 또는 약사에게서 이 정보를 구할 수 있습니다.

자가 치료(독립적인 학생만 해당):

- 저는 자녀가 스스로 치료하도록 완전히 훈련되어 있고 복용할 수 있음을 보증/확인합니다. 또한 저는 자녀가 양식에 명시된 치료를 학교에서 소지, 보관 및 자가 투여하는 것에 동의합니다. 상기 설명과 같이 명시된 비품 및 기구를 자녀에게 주는 것은 제 책임입니다. 자녀의 해당 치료를 모니터링하며 학교에서 자기 치료한 모든 결과에 대한 책임이 본인에게 있음을 인지합니다. 제 아이가 학교에서 약품을 자기 치료할 능력이 있는지 학교 간호사가 확인할 것입니다. 또한 본인은 자가 치료가 불가능할 경우를 대비해 학교에 명확히 명시된 "여분"의 기구 또는 비품을 제공할 것에 동의합니다.
- 저는 자녀가 일시적일 소지 및 자기 치료하지 못할 때 학교 간호사 또는 훈련된 학교 직원이 보관 및 치료하는 것에 동의 합니다.

학부모가 미리 섞은 약품이나 섭취물은 간호사가 투약하는데 허용되지 않습니다. 간호사가 자녀의 주 의료 제공자가 지시한 대로 투약을 위해 약품 및 섭취물을 준비하고 섞게 됩니다.

학생 성	이름	중간 이니셜	생년월일 ____/____/____	학교
학교 ATSDBN/이름	보로			학군
학부모/보호자 성명(인쇄체)	여기에 서명			학부모/보호자의 서명
학부모/보호자 이메일	학부모/보호자의 주소			
전화번호: 주간 (____) ____-____	자택 (____) ____-____	휴대전화* (____) ____-____		
기타 비상 연락 정보	학생과의 관계	기타 연락 전화번호 (____) ____-____		

학교 보건 담당실(OSH) 전용

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 (For supervised students only)	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Modified <input type="checkbox"/> Not Modified		

*비밀보장이 요구되는 정보는 이메일로 보내지 마십시오.