

Фотографию
маленького
закрепить
здесь

ЗАПРОС НА ПРЕДПИСАННОЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
 Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | 2019-2020 уч.г.
 Просьба вернуть школьной медсестре. Обработка форм, отправленных после 31 мая, может быть задержана и не завершена до начала нового учебного года.

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

ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ РЕБЕНКА ЗАПОЛНЯЕТ НИЖЕ

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"/> Clean Intermittent Catheterization Cath Size ____Fr.
<input type="checkbox"/> Central Venous Line
<input type="checkbox"/> G-Tube Feeding*: <input type="checkbox"/> Bolus <input type="checkbox"/> Pump <input type="checkbox"/> Gravity Cath Size ____Fr.
<input type="checkbox"/> J-Tube Feeding*: <input type="checkbox"/> Bolus <input type="checkbox"/> Pump <input type="checkbox"/> Gravity Cath Size ____Fr.
<input type="checkbox"/> Naso-Gastric Feeding* Cath Size ____Fr.
<input type="checkbox"/> Specialized/Non-Standard Feeding* Cath Size ____Fr.
<input type="checkbox"/> Feeding Tube replacement if dislodged - specify in area below
<input type="checkbox"/> Oral / Pharyngeal Suctioning Cath Size ____Fr. | <input type="checkbox"/> Tracheostomy Care Trach. Size ____.
<input type="checkbox"/> Trach. suctioning Cath. Size ____Fr.
<input type="checkbox"/> Trach replacement - specify in area below
<input type="checkbox"/> Oxygen Administration - specify in area below
<input type="checkbox"/> Pulse Oximetry monitoring
<input type="checkbox"/> Vagus Nerve Stimulator
<input type="checkbox"/> Other: _____ | <input type="checkbox"/> Ostomy Care
<input type="checkbox"/> Chest Clapping
<input type="checkbox"/> Percussion
<input type="checkbox"/> Postural Drainage
<input type="checkbox"/> Dressing Change |
|--|---|--|

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: _____
 Amount (L) _____ Route _____ Frequency/specific time(s) of administration _____ prn O2 Sat < ____% _____ Specify Symptoms

Other Treatment: _____
 Treatment Name _____ Route _____ Frequency/specific time(s) of administration _____ prn _____ 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 ____/____/____

ЗАПРОС НА ПРЕДПИСАННОЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | 2019-2020 уч.г.

Крайний срок подачи: 31 мая. Обработка форм, отправленных после 31 мая, может быть задержана и не завершена до начала нового учебного года.

РОДИТЕЛИ/ОПЕКУНЫ ЗАПОЛНЯЮТ НИЖЕ

ПОДПИСАВШИЕСЯ НИЖЕ, Я ТЕМ САМЫМ ДАЮ СОГЛАСИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЕ:

- Настоящим я разрешаю хранить в школе все необходимые медицинские принадлежности и материалы, а также проводить ребенку предписанные медицинские процедуры в школе в соответствии с инструкциями его лечащего врача.
- Я понимаю, что:
 - Мне требуется обеспечить школьную медсестру всеми необходимыми ребенку медицинскими принадлежностями и материалами.
 - Все медицинские принадлежности и материалы, передаваемые мною в школу, должны быть новыми, нераспечатанными, в оригинальной упаковке. Я обеспечу школу непроточенными принадлежностями, используемыми ребенком в настоящее время, для их применения в течение учебного дня.**
 - На упаковке принадлежностей и материалов должна этикетка с именем, фамилией и датой рождения ребенка.
 - Я обязан **незамедлительно** уведомлять школьную медсестру обо всех изменениях в медицинских процедурах, предписанных ребенку, или инструкциях его лечащего врача.
 - Отдел школьного здравоохранения (OSH), их представители и сотрудники, причастные к оказанию медицинских услуг моему ребенку, полагаются на достоверность приведенной мной информации.
 - Подписывая этот запрос на выдачу лекарств (Medication Administration Form, MAF), я даю Отделу школьного здравоохранения (OSH) свое согласие на предоставление ребенку медицинских услуг. Эти услуги могут включать, в частности, клиническую оценку и медицинский осмотр, проводимые врачом или медсестрой OSH.
 - Врачебное предписание/инструкции в этом запросе MAF истекают в конце учебного года ребенка, куда может входить летняя программа, или в момент предоставления мною школьной медсестре нового MAF (в зависимости от того, что наступит раньше).
 - Данная форма представляет собой мое согласие и запрос на предоставление ребенку вышеуказанных медицинских услуг. Она не является договором с OSH об оказании запрашиваемых услуг. При установлении необходимости этих услуг учащемуся может потребоваться план адаптации (Student Accommodation Plan), который будет составлен школой.
 - В целях предоставления медицинских услуг или лечения моего ребенка OSH может обращаться за необходимой им дополнительной информацией о состоянии его здоровья, лекарствах и/или процедурах к любым врачам, медсестрам и фармацевтам, предоставляющим медицинское обслуживание ребенка.

САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ПРОВЕДЕНИЕ ПРОЦЕДУР (ТОЛЬКО ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНЫХ УЧАЩИХСЯ):

- Настоящим я подтверждаю, что мой ребенок обучен и способен самостоятельно проводить предписанные процедуры. Я также разрешаю ребенку иметь при себе, хранить медицинские принадлежности и материалы, а также проводить самостоятельно в школе предписанные в форме медицинские процедуры. Я несу ответственность за обеспечение ребенка этими принадлежностями и материалами с этикетками, как описано выше. Я также несу ответственность за контроль их использования ребенком, а также за все последствия самостоятельного проведения процедур ребенком в школе. Школьная медсестра удостоверяет способность ребенка самостоятельно проводить предписанные процедуры. Я также согласен(сна) предоставить запасные принадлежности и материалы в упаковке с разборчиво надписанной этикеткой "back up" (запасные принадлежности) на случай неспособности ребенка провести процедуру самостоятельно.
- Я разрешаю школьной медсестре или прошедшим подготовку сотрудникам школы хранить принадлежности и проводить процедуры ребенку в случае временной утраты им способности хранить принадлежности и провести процедуру самостоятельно.

Медсестра больше не имеет право разрешать родителям предварительно готовить смеси лекарства и проводить кормление. Ей разрешается предварительно готовить смеси лекарства и проводить кормление через гастростомическую трубку в соответствии с указаниями лечащего врача ребенка.

Учащийся Фамилия	Имя	Инициал ср. имени	Дата рождения ___/___/_____	Школа
ATSDBN/Название школы			Район	Шк. округ
Имя и фамилия родителя/опекуна (печатными буквами):			ПОДПИСЬ →	Подпись родителя или опекуна
				Дата ___/___/_____
Имейл родителя/опекуна			Адрес родителя/опекуна	
Номера телефонов: Дневной (____) - _____ Домашний(____) - _____ Мобильный* (____) - _____				
Другое контактное лицо для срочной связи		Родство с учащимся	Телефон контактного лица (____) - _____	

For Office of School Health (OSH) Use Only

OSIS Number: _____

Received by: Name _____

Date ___/___/_____

Reviewed by: Name _____

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

Modified

Not Modified