

여기에 학생
사진 부착

MEDICALLY PRESCRIBED TREATMENT (NON-MEDICATION) FORM

의료인 관리 지시 양식 | 학교 보건 담당실 | 2024-2025 학년도

학교 간호사/학교 보건 센터에 제출하십시오. 6월 1일 이후 제출된 양식은 새 학년도 처리가 지연될 수 있습니다.

학생 성: _____ 이름: _____ 중간이름: _____ 생년월일: (월/일/년): _____
성별: 남 여 OSIS 번호: _____ 학년: _____ 학급: _____
학교(ATSDBN/이름, 주소, 및 보로 포함) _____ 교육청 학군: _____

아래 보건 케어 담당자 작성 / 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

학부모는 반드시 2페이지에 서명해야 합니다 / PARENTS MUST SIGN PAGE 2 →

MEDICALLY PRESCRIBED TREATMENT (NON-MEDICATION) FORM

의료인 관리 지시 양식 | 학교 보건 담당실 | 2024-2025 학년도
학교 간호사/학교 보건 센터에 제출하십시오. 6월 1일 이후 제출된 양식은 새 학년도 처리가 지연될 수 있습니다.

학교 간호사/학교 보건 센터에 제출하십시오. 6월 1일 이후 제출된 양식은 새 학년도 처리가 지연될 수 있습니다.

- 저는 자녀의 의료 서비스 제공자가 지시한 대로 학교에 자녀의 의료 비품, 기구 및 처방 관리를 보관하고 사용하는 것에 동의합니다.
- 저는 다음 사항을 이해합니다:
 - 저는 학교 간호사/학교 보건 센터(SBHC) 의료인에게 반드시 자녀의 의료 비품, 기구 및 관리를 제공할 것입니다.
 - 학교에 제공하는 모든 비품은 개봉하지 않은 새것으로 원래의 박스나 병 그대로 가져가겠습니다. 학교에 자녀가 학교 생활 중 사용할 수 있도록 유효기간이 지나지 않은 최신 제품을 제공할 것입니다.**
 - 비품, 기구, 치료에 자녀의 이름 및 생년월일을 부착해야 합니다.
 - 저는 자녀의 관리 또는 의료 서비스 제공자의 지시가 변경되면 반드시 즉시 학교 간호사/SBHC 의료인에게 알려야 합니다.
 - 저는 학교 보건 담당실(OSH) 및 상기 의료 서비스를 자녀에게 제공하는데 관련된 소속 에이전트가 본 양식에 제공된 정보의 정확함에 의존함을 알고 있습니다.
 - 저는 본 양식에 서명함으로써 OSH가 자녀에게 보건 서비스를 제공하도록 허가합니다. 이들 서비스에는 OSH 의료 서비스 제공자 또는 간호사의 임상 평가 및 신체 검사가 포함되나 이에만 국한되지는 않습니다.
 - 이 양식의 관리 안내/지시는 서머 세션을 포함한 자녀의 학년 말 또는 학교 간호사에게 새로운 양식을 제공할 때 (둘 중 이른 시점) 만료됩니다. 이 약품 안내가 만료되면 저는 자녀의 학교 간호사/SBHC 의료인에게 자녀의 의료 보건 제공자가 작성한 새로운 MAF를 제출하겠습니다.
 - 이 양식은 양식에 설명된 의료 서비스에 대한 본인의 동의 및 요청을 대변합니다. 이것이 OSH가 요청한 서비스를 제공할 것이라는 동의가 아닙니다. OSH가 이들 서비스를 제공할 것이라고 결정하면, 제 자녀는 또한 섹션 504 조정 계획이 필요할 수 있습니다. 이 계획은 학교가 작성할 것입니다.
 - 자녀에게 케어 또는 관리를 제공할 목적으로 OSH는 자녀의 의료 상태, 약품, 또는 관리에 대해 필요하다고 생각하는 정보를 얻을 수 있습니다. OSH는 자녀에게 의료 서비스를 제공하는 의료 서비스 제공자, 간호사 또는 약사에게서 이 정보를 입수할 수 있습니다.

뉴욕주 교육부에 의해, 간호사는 사전에 혼합된 약물 및 음식을 제공할 수 있습니다. 간호사는 담당 의료 제공자의 지시에 따라 자녀의 약품을 준비 및 혼합 그리고 G-튜브를 사용하여 음식 섭취를 할 수도 있습니다.

자가 관리(독립적인 학생만 해당):

- 저는 자녀가 스스로 관리하도록 완전히 훈련되어 있고 복용할 수 있음을 보증/확인합니다. 또한 저는 자녀가 양식에 명시된 관리를 학교 및 견학에서 소지, 보관 및 자가 투여하는 것에 동의합니다. 상기 설명과 같이 명시된 비품 및 기구를 자녀에게 주는 것은 제 책임입니다. 자녀의 해당 관리를 모니터링하며 학교에서 자기 관리한 모든 결과에 대한 책임이 본인에게 있음을 인지합니다. 제 자녀가 학교에서 약품을 자가 관리할 능력이 있는지 학교 간호사/SBHC 의료인이 확인할 것입니다. 또한 본인은 자가 치료가 불가능할 경우를 대비해 학교에 명확히 명시된 "여분"의 기구 또는 비품을 제공할 것에 동의합니다.

학생 성: _____ 이름: _____ 중간이니셜: _____ 생년월일: _____

학교 ATSDBN/이름: _____ 보로: _____ 학군: _____

학부모/보호자 이메일: _____ 학부모/보호자의 주소 _____

전화번호: 주중: _____ 자택: _____ 휴대 전화*: _____

학부모/보호자 성명: _____ 학부모/보호자의 서명: _____

서명 날짜: _____

기타 비상 연락처:

성명: _____ 학생과의 관계: _____ 연락 번호: _____

학교 보건 담당실(OSH) 만 사용 / 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 / 비밀유지가 필요한 정보는 이메일로 보내지 마십시오

인쇄 판 전용/ FOR PRINT USE ONLY