



# MEDICALLY PRESCRIBED TREATMENT (NON-MEDICATION) FORM

برائے کرم کنندہ کے ذریعے علاج کا آرڈر فارم | اسکول کا دفتر صحت | تعلیمی سال 2024-2025  
راہ کرم اسکول نرس / اسکول میں قائم مرکز صحت کو واپس کریں۔ 1 جون کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کر سکتے ہیں۔

طالب علم کا آخری نام: \_\_\_\_\_ پہلا نام: \_\_\_\_\_ درمیانی نام: \_\_\_\_\_ تاریخ پیدائش: \_\_\_\_\_ صنف: \_\_\_\_\_  
جنس:  لڑکا  لڑکی OSIS نمبر: \_\_\_\_\_ گریڈ: \_\_\_\_\_ کلاس: \_\_\_\_\_  
اسکول (ATSDBN / نام، نمبر، پتہ اور برو شامل کریں): \_\_\_\_\_ DOE ضلع: \_\_\_\_\_

## HEALTH CARE PRACTITIONER COMPLETES BELOW / ذیل کو صححتاتی پیشہ ور مکمل کریں گے

**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.<br><input type="checkbox"/> Nasogastric <input type="checkbox"/> G-Tube <input type="checkbox"/> J-Tube | <input type="checkbox"/> Pulse Oximetry monitoring                             |   |
| <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: \_\_\_\_\_

Rev 3/24

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS

← PARENTS MUST SIGN PAGE 2 والدین کو صفحہ 2 پر دستخط کرنا لازمی ہیں

FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT

## MEDICALLY PRESCRIBED TREATMENT (NON-MEDICATION) FORM

فراہم کنندہ کے ذریعے علاج کا آرڈر فارم | اسکول کا دفتر صحت | تعلیمی سال 2024-2025  
راہ کرم اسکول نرس / اسکول میں قائم مرکز صحت 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 کر کے 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 کنٹر پریکٹیشنر) کے ہدایات کے مطابق دینے کی اجازت دیتا ہوں۔
2. میں سمجھتا ہوں کہ:
  - مجھے اسکول نرس/SBHC فراہم کنندہ کو اپنے بچے کا طبی سامان، آلات اور ادویات دینے لازمی ہیں۔
  - تمام ساز و سامان جو میں اسکول کو دونگا وہ نیا، سیل بند، اور اصل بوتل یا ڈیز 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 چاہیے۔
  - مجھے اپنے بچے کی علاج یا صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات میں کسی بھی تبدیلی سے اسکول نرس/SBHC فراہم کنندہ کو فوراً آگاہ کرنا لازمی ہے۔
  - اسکول کا دفتر صحت (OSH) اور اس کے نمائندے جو مندرجہ بالا خدمت (خدمات) میرے بچے کو فراہم کرنے میں شامل ہیں، اس فارم کی معلومات صحیح ہونے پر انحصار کر رہے ہیں۔
  - اس فارم پر دستخط کر کے، 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 موسم گرما کا دورانیہ شامل ہو سکتا ہے، یا جب میں اسکول نرس/SBHC فراہم کنندہ 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 جز 504 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 صورت 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۔

نیو یارک ریاست محکمہ تعلیم کے مطابق، نرسوں کو پہلے سے آمیزش کردہ دوائیاں اور فیڈنگز دینے کی اجازت نہیں ہے۔ نرسیں ٹیوب سے دینے کے لیے دوائیاں اور فیڈنگس تیار اور آمیزش کرسکتی ہیں جیسا کہ بچے کے مرکزی طبی فراہم کنندہ کی جانب سے ہدایت دی گئی ہو۔

خود ادویات لینے کے لیے (صرف برائے خود مختار طلبا):

- 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 اسکول اور تفریحی دوروں میں 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 SBHC/فراہم کنندہ 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۔

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: \_\_\_\_\_  
بلیفون نمبر: 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: \_\_\_\_\_  
ام: \_\_\_\_\_ طالب علم کے ساتھ رشتہ: \_\_\_\_\_ رابطہ نمبر: \_\_\_\_\_

### صرف اسکول کا دفتر صحت (OSH) کے استعمال کے لیے / 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 / خفیہ معلومات کو ای میل کے ذریعے نہیں بھیجا جانا چاہیے۔

FOR PRINT USE ONLY / صرف پرنٹ کرنے کے لیے