



FORMULAR PËR TRAJTIM TË PËRSHKRUAR NGA ANA MJEKËSORE (JO ME ILAÇE)

Formulari i Urdhrit për Trajtim nga Ofruesi | Zyra e Shëndetit në Shkollë (Office of School Health) | Viti Shkollor 2025–2026

Ju lutemi dorëzoni tek Infermjerja e Shkollës/Qendra Shëndetësore në Shkollë (School Based Health Center).

Formularët e dorëzuar pas datës 1 qershor mund të shkaktojnë vonesa në përpunim për vitin e ri shkollor.

Nxënësi Mbiemri: _____ Emri: _____ Iniciali i Emrit të Mesëm: _____ Data e Lindjes (d/m/v): _____
Gjinia: ☐ Mashkull ☐ Femër OSIS #: _____ Klasa: _____ Lënda: _____
Shkolla (përfshini ATS DBN/emrin, numrin, adresën dhe komunën): _____ Distrikti DOE: _____

PLOTËSOHET NGA PRAKTIKUESI I KUJDESIT SHËNDETËSOR / 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.

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Blood Pressure Monitoring | ☐ Feeding Tube replacement if dislodged - specify in #5 | ☐ Trach Care: Trach. Size _____ |
| ☐ Chest Clapping/Percussion | ☐ Oral / Pharyngeal Suctioning: Cath Size _____ Fr. | ☐ Trach Replacement - specify in #5 |
| ☐ Clean Intermittent Catheterization: Cath Size _____ Fr. | ☐ Ostomy Care | ☐ Trach suctioning: Cath Size _____ Fr |
| ☐ Central Line/PICC Line | ☐ Oxygen Administration - specify in #1, including pulse oximetry | ☐ Other: _____ |
| ☐ Dressing Change | ☐ Postural Drainage | |
| ☐ Feeding: Cath Size _____ Fr. | ☐ Pulse Oximetry – specify in #1 | |
| ☐ Nasogastric ☐ G-Tube ☐ J-Tube | | |
| ☐ Bolus ☐ Pump ☐ Gravity | | |
| ☐ 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: _____
☐ pm ☐ 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

Rishikuar 3/25

FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT

PRINDËRIT DUHET TË NËNSHKRUAJNË FAQEN 2 →

FORMULAR PËR TRAJTIM TË PËRSHKRUAR NGA ANA MJEKËSORE (JO ME ILAÇE)

Formulari i Urdhrit për Trajtim nga Ofruesi | Zyra e Shëndetit në Shkollë (Office of School Health) | Viti Shkollor 2025–2026

Ju lutemi dorëzojeni tek Infermierja e Shkollës/Qendra Shëndetësore në Shkollë (School Based Health Center).

Formularët e dorëzuar pas datës 1 qershor mund të shkaktojnë vonesa në përpunim për vitin e ri shkollor.

PRINDËR/KUJDESTARË: LEXONI, PLOTËSONI DHE NËNSHKRUANI. DUKE NËNSHKRUAR MË POSHTË, UNË PRANOJ SA VIJON:

- Jap pëlqimin që pajisjet mjekësore, materialet dhe trajtimet e përshkruara për fëmijën tim të ruhen dhe të përdoren në shkollë sipas udhëzimeve nga ofruesi i kujdesit shëndetësor të fëmijës tim.
- E kuptoj se:**
 - Unë duhet t'i dorëzoj infermieres së shkollës/ofruesit të qendrës shëndetësore në shkollë (SBHC) pajisjet mjekësore, materialet dhe trajtimet e fëmijës tim.
 - Të gjitha materialet që i dorëzoj shkollës duhet të jenë të reja, të pahapura dhe në shishen apo kutinë origjinale. Unë do të siguroj që shkolla të ketë materialet të vlefshme dhe jo të skaduara për përdorim nga fëmija im gjatë ditëve të shkollës.**
 - Pajisjet, materialet dhe trajtimet duhet të jenë të etiketuara me emrin dhe datën e lindjes së fëmijës tim.
 - Unë duhet të informoj **menjëherë** infermierin e shkollës/ofruesin e SBHC për çdo ndryshim në trajtimet e fëmijës tim ose në udhëzimet e ofruesit të kujdesit shëndetësor.
 - Zyra e Shëndetit në Shkollë (OSH) dhe përfaqësuesit e saj të përfshirë në ofrimin e shërbimeve të mësipërme shëndetësore për fëmijën tim po mbështeten në saktësinë e informacionit në këtë formular.
 - Duke nënshkruar këtë Formular për Përdorimin e Ilaceve, unë autorizoj Zyrën e Shëndetit në Shkollë (OSH) që t'i ofrojë fëmijës tim shërbime shëndetësore të lidhura. Këto shërbime mund të përfshijnë, por nuk kufizohen vetëm në, një vlerësim klinik ose një kontroll fizik nga një ofrues shëndetësor ose infermiere e OSH.
 - Udhëzimet/urdhrat për trajtimin në këtë formular skadojnë në fund të vitit shkollor të fëmijës tim, i cili mund të përfshijë edhe sesionin e verës, ose kur unë i dorëzoj infermieres së shkollës një formular të ri (cilado ndodh më herët). Kur ky urdhër për ilaçin të skadojë, unë do t'i dorëzoj infermieres së shkollës/ofruesit të SBHC një MAF të ri të shkruar nga ofruesi shëndetësor i fëmijës tim.
 - Ky formular përfaqëson pëlqimin dhe kërkesën time për shërbimet mjekësore të përshkruara në këtë formular dhe mund t'i dërgohet drejtpërdrejt Zyrës së Shëndetit në Shkollë (OSH). Ky nuk është një marrëveshje nga Zyra e Shëndetit në Shkollë (OSH) për të ofruar shërbimet e kërkuara. Nëse OSH vendos t'i ofrojë këto shërbime, fëmija im mund të ketë gjithashtu nevojë për një Plan Akomodimi për Nxënësin (504 Accommodation Plan). Ky plan do të përpilohet nga shkolla.
 - Për qëllime të ofrimit të kujdesit ose trajtimit për fëmijën tim, OSH mund të marrë çdo informacion që e konsideron të nevojshëm në lidhje me gjendjen mjekësore, ilaçet ose trajtimin e fëmijës tim. OSH mund ta marrë këtë informacion nga çdo ofrues shëndetësor, infermier/e ose farmacist që i ka dhënë fëmijës tim shërbime shëndetësore.

Sipas Departamentit të Arsimit të Shtetit të Nju Jorkut, infermieret nuk lejohen të përdorin ilaçe dhe ushqime të përziera paraprakisht. Infermieret mund të përgatisin dhe përziejnë ilaçe dhe ushqime përmes tubit G (G-tube), sipas urdhrave të dhëna nga ofruesi kryesor i kujdesit mjekësor të fëmijës.

PËR VETË-TRAJTIM (VETËM PËR NXËNËS TË PAVARUR):

- Unë vërtetoj/konfirmoj se fëmija im është trajnuar plotësisht dhe është në gjendje të kryejë vetë trajtimet. Jap pëlqimin që fëmija im t'i mbajë me vete, t'i ruajë dhe t'i aplikojë vetes trajtimet e përshkruara në këtë formular, si në shkollë ashtu edhe gjatë ekskursioneve. Unë jam përgjegjës për t'ia dhënë fëmijës tim ilaçet në shishe ose kuti të përshkruara sipas udhëzimeve më sipër. Gjithashtu, unë jam përgjegjës për të monitoruar përdorimin e ilaceve nga fëmija im dhe për çdo pasojë që vjen nga përdorimi i këtyre ilaceve në shkollë. Infermierja e shkollës ose ofruesit e SBHC do të konfirmojnë aftësinë e fëmijës tim për të mbajtur dhe administruar vetë ilaçin. Unë gjithashtu pajtohem që t'i jap shkollës një dozë rezervë të ilaçit në një shishe ose kuti të etiketuar qartë.

Nxënësi Mbiemri: _____ Emri: _____ M: _____ Data e Lindjes (dd/mm/vv): _____
Shkolla (ATS DBN/Emri): _____ Bashkia (Borough): _____ Distrikti: _____
Emri i Prindit / Kujdestarit: _____ Emaili i Prindit/Kujdestarit: _____
Nënshkrimi i Prindit/Kujdestarit: _____ Data e Nënshkrimit: _____
Adresa e Prindit/Kujdestarit: _____
Numër Telefoni: Gjatë ditës: _____ Shtëpi: _____ Celular: _____
Emri i Kontaktit Alternativ
Emri: _____ Marrëdhënia me Nxënësin: _____ Numri i Telefonit: _____

Për Përdorim të Zyrës së Shëndetit në Shkollë (OSH) / For Office of School Health (OSH) Use Only

OSIS #: _____ Received by – Name: _____ Date: _____
☐ 504 ☐ IEP ☐ Other: _____ Reviewed by – Name: _____ Date: _____
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

VETËM PËR PËRDORIM PRINTIMI