এখানে শিক্ষার্থীর ছবি সংযুক্ত করুন

MEDICALLY PRESCRIBED TREATMENT (NON-MEDICATION) FORM

সেবা প্রদানকারীর ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত নির্দেশনার ফর্ম | অফিস অভ স্কুল হেলথ্ | 2025-2026 শিক্ষা বছর

অনুগ্রহ করে স্কুল নার্সের কাছে/স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে (হেলথ্ সেন্টারে) জমা দিন। পহেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেরি হতে পারে।

শিক্ষার্থীর শেষ নাম: ____________ প্রথম নাম: ____________ মধ্যনামের আদ্যাক্ষর: ______ জন্মতারিখ (মাস/দিন/বৎসর): ____________

লিঙ্গ: ☐ পুরুষ ☐ নারী OSIS নম্বর: ____________ গ্রেড: ____________ ক্লাস: ____________

স্কুল (অন্তর্ভুক্ত করুন: ATS DBN/নাম, ঠিকানা, এবং বরো): ____________ DOE ডিস্ট্রিক্ট: ____________

নিচের অংশটুকু স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী পূরণ করবেন / 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
☐ Chest Clapping/Percussion
☐ Clean Intermittent Catheterization: Cath Size _____ Fr.
☐ Central Line/PICC Line
☐ Dressing Change
☐ Feeding: Cath Size _____ Fr.
  ☐ Nasogastric ☐ G-Tube ☐ J-Tube
  ☐ Bolus ☐ Pump ☐ Gravity
  ☐ Spec./Non-Standard*

☐ Feeding Tube replacement if dislodged - specify in #5
☐ Oral / Pharyngeal Suctioning: Cath Size _____ Fr.
☐ Ostomy Care
☐ Oxygen Administration - specify in #1, including pulse oximetry
☐ Postural Drainage
☐ Pulse Oximetry – specify in #1

☐ Trach Care: Trach. Size _______
☐ Trach Replacement - specify in #5
☐ Trach suctioning: Cath Size _____ Fr
☐ Other: ____________

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: ____________
Diagnosis is self- limited: ☐ Yes ☐ No

Enter ICD-10 Codes and Conditions (RELATED TO THE DIAGNOSIS)
☐ ____.______ ☐ ____.______ ☐ ____.______

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 Rev 3/25
FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT **পিতামাতাকে অবশ্যই 2 নং পৃষ্ঠায় স্বাক্ষর করতে হবে/ PARENTS MUST SIGN PAGE 2 ➔**

MEDICALLY PRESCRIBED TREATMENT (NON-MEDICATION) FORM

সেবা প্রদানকারীর ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত নির্দেশনার ফর্ম | অফিস অভ স্কুল হেলথ্ | 2025-2026 শিক্ষা বছর

অনুগ্রহ করে স্কুল নার্সের কাছে/স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে (হেলথ্ সেন্টারে) জমা দিন। পহেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেরি হতে পারে।

পিতামাতা/অভিভাবকগণ পড়ুন, পূরণ করুন, এবং স্বাক্ষর করুন: নিচে স্বাক্ষর দিয়ে আমি নিম্নলিখিত বিষয়গুলো মেনে নিচ্ছি:

1. আমি আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনা অনুযায়ী ঔষধ-পত্র, সরঞ্জাম (ইক্যুইপমেন্ট) এবং ব্যবস্থাপত্র অনুযায়ী চিকিৎসার নির্দেশনা সংরক্ষণ করার এবং অতঃপর স্কুলে দেয়ার অনুমতি দিচ্ছি।
2. আমি বুঝি যে:
   - আমি অবশ্যই স্কুল নার্সকে/পরিষেবা প্রদানকারী স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে (স্কুল বেসড হেলথ্ সেন্টার, SBHC) আমার সন্তানের চিকিৎসা সামগ্রী, সরঞ্জাম এবং ঔষধ দিব।
   - **আমি যেসব ওষুধপত্র স্কুলে দিব, সেগুলো অবশ্যই নতুন, মুখবন্ধ, এবং আসল (অরিজিন্যাল) বোতল বা বাক্সে ভরা থাকবে। স্কুল দিবসে ব্যবহার করার জন্য আমি স্কুলে বর্তমান, বাতিল (এক্সপায়ার) হয়ে যায়নি এমন ঔষধ-পত্র প্রদান করবো।**
     - চিকিৎসা সামগ্রী, সরঞ্জাম এবং ঔষধের উপর আমার সন্তানের নাম এবং জন্মতারিখ লেখা থাকা উচিত।
   - আমার সন্তানের ঔষধে অথবা স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনায় কোনও পরিবর্তন হলে স্কুল নার্সকে/পরিষেবা প্রদানকারী SBHC-কে অবশ্যই **অতিসত্বর** জানাতে হবে।
   - অফিস অভ স্কুল হেলথ (OSH) এবং এর এজেন্টরা আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য পরিষেবা দেয়ার সময় এই ফর্ম-এর তথ্যের সঠিকতার উপর নির্ভর করেন।
   - এই ফর্মটি স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, OSH-কে স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানের অনুমতি দিচ্ছি। এই পরিষেবাগুলোর মধ্যে থাকতে পারে, কিন্তু এর মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়, OSH-এর স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী অথবা নার্স দ্বারা ক্লিনিক্যাল মূল্যায়ন অথবা শারীরিক পরীক্ষা (ফিজিক্যাল এক্সাম)।
   - সামার অধিবেশনসহ আমার সন্তানের স্কুল বছর শেষ হলে কিংবা আমি স্কুল নার্সের কাছে একটি নতুন ফর্ম দিলে (দুটির যেটা আগে হবে), এই ফর্ম-এর চিকিৎসা-নির্দেশনা/আদেশ মেয়াদোত্তীর্ণ হবে। যখন ঔষধ সেবনের নির্দেশনা মেয়াদোত্তীর্ণ (এক্সপায়ার) হয়ে যাবে, আমি তখন আমার সন্তানের স্কুল নার্সকে/পরিষেবা প্রদানকারী SBHC-কে স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর দ্বারা পূরণকৃত নতুন একটি MAF অবশ্যই প্রদান করবো।
   - এই ফর্মে বর্ণিত অনুযায়ী চিকিৎসা (মেডিক্যাল) পরিষেবার জন্য এই ফর্মটি আমার অনুমতি ও অনুরোধের প্রতিনিধিত্ব করে এবং সরাসরি OSH-এর কাছে পাঠানো যেতে পারে। এটা OSH-এর কাছে অনুরোধকৃত সেবাগুলো প্রদানের কোনও চুক্তি নয়। যদি OSH এই পরিষেবাগুলো প্রদান করার সিদ্ধান্ত নেয়, তবে আমার সন্তানের হয়তো সেকশন 504 অ্যাকোমোডেশন প্ল্যান (বিশেষ সুবিধার পরিকল্পনা) প্রয়োজন হতে পারে। এই প্ল্যানটি (পরিকল্পনা) স্কুল পূরণ করবে।
   - আমার সন্তানকে সেবা এবং চিকিৎসা প্রদানের উদ্দেশ্যে, OSH প্রয়োজন মনে করলে আমার সন্তানের স্বাস্থ্যগত অবস্থা (মেডিক্যাল কন্ডিশন), ঔষধ অথবা চিকিৎসা সম্পর্কিত অন্যান্য তথ্য সংগ্রহ করতে পারে। যেসব হেলথ কেয়ার প্র্যাকটিশনার (স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী), নার্স, অথবা ফার্মাসিস্ট আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য সেবা প্রদান করেছেন, তাদের কাছ থেকে এসব তথ্য OSH সংগ্রহ করতে পারে।

নিউ ইয়র্ক স্টেট এডুকেশন ডিপার্টমেন্টের নির্দেশ অনুযায়ী, নার্সগণ পূর্ব-মিশ্রিত ঔষধ ব্যবস্থাপনা ও খাওয়ানোর জন্য অনুমোদিত নয়। শিক্ষার্থীর প্রাথমিক স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী কর্তৃক নির্দেশনা অনুযায়ী, নার্স ঔষধ প্রস্তুত ও মেশাতে এবং জি-টিউবের মাধ্যমে খাওয়াতে পারেন।

নিজে চিকিৎসা করার জন্য (শুধুমাত্র স্বনির্ভর শিক্ষার্থীবৃন্দ):

- আমি প্রত্যয়ন/নিশ্চিত করছি যে আমার সন্তান নিজে ঔষধ সেবনে পুরোপুরি প্রশিক্ষিত এবং নিজেই নিজের চিকিৎসা করবে। এই ফর্মে নির্দেশনা অনুযায়ী, আমার সন্তানকে স্কুলে ঔষধ বহন করার, সংরক্ষণ করার, এবং নিজে সেবন করার সম্মতি দিচ্ছি। আমার সন্তানকে ঔষধের উপরে যেভাবে বর্ণিত হয়েছে সেই অনুযায়ী বোতল অথবা বাক্স প্রদানে দায়বদ্ধ। আমার সন্তানের চিকিৎসার প্রতি, এবং নিজে চিকিৎসা স্কুলে করার ফলে যে প্রভাব পড়তে পারে সে ব্যাপারে লক্ষ্য রাখতে আমি দায়বদ্ধ। আমার সন্তান নিজে নিজের চিকিৎসা করতে পারবে কিনা তা স্কুল নার্স/SBHC-এর পরিষেবা প্রদানকারী নিশ্চিত করবে। আমার সন্তান নিজে নিজের চিকিৎসা করতে সক্ষম না হলে আমি স্কুলকে স্পষ্টভাবে লেবেলকৃত "ব্যাক আপ" সরঞ্জাম অথবা সামগ্রী প্রদানের সম্মতিও দিচ্ছি।

শিক্ষার্থীর শেষ নাম: ____________________ প্রথম নাম: ____________________ MI: _____ জন্মতারিখ: (মাস/দিন/বৎসর): __________

স্কুল (ATS DBN/নাম): ____________________ বরো: __________ ডিস্ট্রিক্ট: __________

পিতামাতা/অভিভাবকের ইমেইল: ____________________ **পিতামাতা/অভিভাবকের ইমেইল:** ____________________

ফোন নম্বর: দিবাকালীন: ____________________ বাড়ি: ____________________ সেল ফোন*: ____________________

পিতামাতা/অভিভাবকের নাম: ____________________ **পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর:** ____________________

স্বাক্ষর দেয়ার তারিখ: (মাস/দিন/বৎসর): __________

জরুরী পরিস্থিতিতে বিকল্প যোগাযোগ:

নাম: ____________________ শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক: ____________________ ফোন নম্বর: ____________________

শুধুমাত্র অফিস অভ হেলথ (OHS) দ্বারা ব্যবহারের জন্য / 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

FOR PRINT USE ONLY