



医疗处方治疗（非药物）表

提供者治疗要求表 | 学校健康办公室 | 2025-2026学年

请交还给学校护士/校内健康中心。6月1日之后递交的表格可能会对新一学年的申请程序造成延误。

学生姓氏: _____ 名字: _____ 中间名首字母: _____ 出生日期: _____
性别: ☐ 男 ☐ 女 学生身份号码(OSIS): _____ 年级/班级: _____ 年级/班级: _____
学校(包括: ATS DBN/名称、地址和行政区): _____ 教育局学区: _____

健康护理人员填写以下部分 / 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
FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT

Rev 3/25
家长必须在第2页签名 / PARENTS MUST SIGN PAGE 2 →

医疗处方治疗（非药物）表

提供者治疗要求表 | 学校健康办公室 | 2025-2026 学年

请交还给学校护士/校内健康中心。6月1日之后递交的表格可能会对新学年的申请程序造成延误。

家长/监护人通读、填写并签名。我在下面签名，表示我同意如下：

- 我同意，根据我子女的保健专业人员的说明，学校保存和施用我子女的医疗用品、设备和处方治疗法。
- 我理解：
 - 我必须把我子女的医疗用品、设备和治疗法交给学校护士/校内健康中心（SBHC）提供者。
 - 我给予学校的所有用品都必须是新的、未曾开封过并装在其原封瓶子或盒子里。我将给学校提供我子女在上学期内需使用的当前、未过期的用品。
 - 用品、设备和治疗法都应标上我子女的姓名和出生日期。
 - 如果我子女的治疗法发生任何变化或者保健专业人员的说明有任何变化，我必须立即告知学校护士/ SBHC 提供者。
 - 涉及到给我子女提供上述健康服务的学校健康办公室（OSH）及其代理人员依赖于本表资讯的精确度。
 - 我在这一表格上签名，表示授权学校健康办公室（OSH）为我子女提供健康服务。这些服务可以包括（但不限于）由一名 OSH 办公室保健专业人员或护士所执行的临床评估或体检。
 - 这份表格的治疗说明/手续的过期时间是我子女的学年结束（这可能包括暑期班）或者当我交给学校护士/ SBHC 提供者一份新的 MAF（取两者中较早的那个时间）。当这份医疗手续执行要求过期时，我将交给我子女的学校护士/校内健康中心（SBHC）提供者一份新的由我子女的保健专业人员出具的 MAF。
 - 这份表格代表我对本表所说明的医疗服务的同意和要求。这并非 OSH 提供所要求的服务的协议。如果 OSH 决定提供这些服务，我子女可能还需要一份「第 504 款特别照顾计划」（Section 504 Accommodation Plan）。这份计划将由学校填写。
 - 为着给我子女提供护理或治疗的目的，OSH 可以获取该办公室认为有关我子女的医疗状况、药物和治疗而需要的任何其他资讯。OSH 可以向任何为我子女提供健康服务的保健专业人员、护士或药剂师索取该资讯。

根据纽约州教育厅的规定，护士不准施用预先混合的药物和喂服剂量。护士可以使用学生的主要医疗提供者预订的 G-tube，准备和混合所需施用的药物和喂服剂量。

自己治疗（仅适用于能自己独立治疗的学生）：

- 我证明/确认，我子女已得到完全的训练并能够自行施用治疗法。我同意，我子女在学校里以及在参加学校旅行时自己携带、储存本表所开具的治疗法并将自己施用治疗。我负责根据上述说明把这些用品和设备交给我子女。我也负责监督我子女在学校里的药物使用情况及其对这一药物使用所导致的任何后果。学校护士/ SBHC 提供者将确认我子女有自行施用治疗的能力。我也同意，交给学校一份清楚地标着「备用」（back up）字样的器材或用品，以备在我子女万一不能自我施用治疗时使用。

学生姓氏：_____ 名字：_____ 中间名首字母：_____ 出生日期：（月/日/年）_____

学校（ATS DBN/名称）：_____ 行政区：_____ 学区：_____

家长/监护人电子邮箱：_____ 家长/监护人地址：_____

电话号码： 日间：_____ 住宅：_____ 手机*：_____

家长/监护人姓名：_____ 家长/监护人签名：_____

签名日期：（月/日/年）：_____

其他紧急联络人：

姓名：_____ 与学生的关系：_____ 联络人号码：_____

仅供学校健康办公室（OSH）工作人员填写 / 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