

Joindre ici la
photo de
l'élève

MEDICALLY PRESCRIBED TREATMENT (NON-MEDICATION) FORM

Formulaire d'ordonnance de traitement du prestataire | Bureau de la santé scolaire | Année scolaire 2025–2026

À retourner à l'infirmière scolaire/au centre de santé scolaire. Les formulaires soumis après le 1^{er} juin peuvent retarder leur traitement pour la nouvelle année scolaire

Nom de famille de l'élève : _____ Prénom : _____ Initiale (2e prénom): _____ Date de naissance : (m/j/a): _____
Sexe: ☐ Masculin ☐ Féminin Numéro OSIS : _____ Grade : _____ Classe : _____
École (indiquer : ATS DBN/nom, adresse et borough) : _____ District du DOE : _____

PARTIE À COMPLÉTER PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ / 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

Rev 3/25

FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT

LES PARENTS DOIVENT SIGNER LA PAGE 2 / PARENTS MUST SIGN PAGE 2 →

MEDICALLY PRESCRIBED TREATMENT (NON-MEDICATION) FORM

Formulaire d'ordonnance de traitement du prestataire | Bureau de la santé scolaire | Année scolaire 2025–2026

À retourner à l'infirmière scolaire/au centre de santé scolaire. Les formulaires soumis après le 1^{er} juin peuvent retarder leur traitement pour la nouvelle année scolaire

PARENTS/TUTEURS/TUTRICES LISEZ, COMPLÉTEZ ET SIGNEZ. EN SIGNANT CI-DESSOUS, J'ACCEPTE CE QUI SUIT:

- Je consens à ce que le matériel et les équipements médicaux, ainsi que les traitements prescrits à dispenser à mon enfant soient conservés et administrés à l'école selon les instructions de son médecin.
- Je comprends que :
 - Je dois donner à l'infirmière scolaire/au prestataire du centre de santé scolaire (School Based Health Center - SBHC) le matériel, les équipements médicaux et les traitements de mon enfant.
 - Tout matériel que je remets à l'école doit être neuf, non ouvert et dans son emballage ou flacon d'origine. Je fournirai à l'école le matériel actuel et non périmé pour l'usage de mon enfant pendant les jours de classe.**
 - Le matériel, les équipements et tous les traitements doivent porter une étiquette indiquant le nom et la date de naissance de mon enfant.
 - Je dois **immédiatement** informer l'infirmière scolaire/le prestataire SBHC de tout changement concernant le traitement de mon enfant ou les instructions de son médecin.
 - Le Bureau de la santé scolaire (Office of School Health - OSH) et son personnel qui participent à l'administration des services de santé dispensés à mon enfant et indiqués ci-dessus se fient à l'exactitude des informations de ce formulaire.
 - En signant ce formulaire, j'autorise l'OSH à dispenser des services de santé à mon enfant. Ces services peuvent comprendre une évaluation clinique ou un examen médical par un professionnel de santé ou une infirmière de l'OSH.
 - Les ordonnances/instructions de traitement indiqués dans ce formulaire expirent à la fin de l'année scolaire de mon enfant, ce qui peut inclure la session d'été, ou lorsque je donne un nouveau formulaire à l'infirmière de l'école (selon l'événement survenant en premier). Lorsque l'ordonnance médicale arrivera à expiration, je donnerai à l'infirmière de l'école de mon enfant/au prestataire SBHC un nouveau MAF rempli par le médecin de mon enfant.
 - Ce formulaire représente mon consentement et ma demande pour les services médicaux indiqués ici, et peut être envoyé directement à l'OSH. Cela ne constitue pas un accord de l'OSH pour fournir les services demandés. Si l'OSH décide de dispenser ces services, mon enfant peut également avoir besoin d'un plan d'aménagements de la Section 504. Ce plan sera mis en place par l'école.
 - Afin de dispenser des soins ou un traitement à mon enfant, l'OSH peut obtenir toute autre information qu'il estime être nécessaire concernant l'état de santé, les médicaments ou le traitement de mon enfant. L'OSH peut obtenir ces informations des professionnels de santé, des infirmières ou des pharmaciens ayant dispensé des services de santé à mon enfant.

Les aliments et les médicaments prémélangés par les parents ne peuvent plus être administrés par l'infirmière. Les infirmières peuvent préparer et mélanger les médicaments et les aliments pour une administration par sonde gastrique, comme demandé par le médecin traitant de l'enfant.

AUTOTRAITEMENT (UNIQUEMENT POUR LES ÉLÈVES AUTONOMES)

- Je déclare/j'atteste que mon enfant est pleinement formé(e) et qu'il ou elle peut effectuer son traitement en toute autonomie. J'accepte que mon enfant transporte, conserve et s'administre à l'école en toute autonomie les traitements prescrits dans ce formulaire à l'école et lors de sorties scolaires. J'ai la responsabilité de donner à mon enfant ce matériel et ces équipements étiquetés, comme décrit ci-dessus. Je suis aussi responsable du suivi des traitements de mon enfant et de toutes les conséquences de son autotraitement à l'école. L'infirmière scolaire/le prestataire SBHC attestera de l'aptitude de mon enfant à effectuer ses traitements en toute autonomie. Je consens également à fournir à l'école des équipements ou du matériel « de secours » clairement étiquetés si mon enfant ne peut pas effectuer ses traitements en toute autonomie.

Nom de famille de l'élève : _____ Prénom : _____ Initiale (2e prénom): _____ Date de naissance (m/j/a) : _____

ATS DBN/nom de l'école : _____ Borough: _____ District: _____

E-mail du parent/tuteur/de la tutrice : _____ Adresse du parent/tuteur/de la tutrice : _____

Numéros de téléphone : En journée : _____ Domicile : _____ Téléphone portable* : _____

Nom du parent/tuteur/de la tutrice : _____ Signature du parent/tuteur/de la tutrice : _____

Date de signature : (m/j/a): _____

Autre contact d'urgence :

Nom : _____ Lien avec l'élève : _____ Numéro de téléphone : _____

Réservé à l'usage du Bureau de la santé scolaire (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

FOR PRINT USE ONLY