

Место для
фотографии
учащегося

MEDICALLY PRESCRIBED TREATMENT (NON-MEDICATION) FORM

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения 2025–2026

Верните заполненную форму школьной медсестре или в школьный центр здоровья. Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

Фамилия ребенка: _____ Имя: _____ Инициал ср. имени: _____ Дата рождения: (месяц/день/год) _____
Пол: ☐ мужской ☐ женский Номер учащегося (OSIS) _____ Уч. уровень: _____ Класс: _____
Школа (название, номер, адрес и район): _____ Школьный округ DOE: _____

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ РЕБЕНКА / 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

ТРЕБУЕТСЯ ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ НА С. 2 / PARENTS MUST SIGN PAGE 2 →

MEDICALLY PRESCRIBED TREATMENT (NON-MEDICATION) FORM

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения 2025–2026
Верните заполненную форму школьной медсестре или в школьный центр здоровья. Подача запроса после 1 июня
может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

РОДИТЕЛИ/ОПЕКУНЫ! ПРОЧИТАЙТЕ, ЗАПОЛНИТЕ И ПОДПИШИТЕ ФОРМУ. Я, НИЖЕПОДПИСАВШИЙСЯ, ВЫРАЖАЮ СОГЛАСИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЕ:

- Я даю согласие на хранение и выдачу ребенку в школе необходимых средств и материалов для проведения процедур в соответствии с предписаниями его лечащего врача.
- Мне известно следующее:
 - Мне требуется обеспечить школьную медсестру/школьный центр здоровья (school based health center, SBHC) медицинскими принадлежностями, инструментами и материалами.
 - Все материалы, предоставляемые школе, должны быть новыми, в запечатанной фабричной или аптечной упаковке. Я предоставляю школе назначенные на текущее время непросроченные медицинские принадлежности для использования ребенком в течение учебного дня.**
 - Принадлежности, инструменты и материалы должны быть снабжены этикетками с именем, фамилией и датой рождения ребенка.
 - Я обязуюсь **незамедлительно** уведомлять школьную медсестру/SBHC обо всех изменениях в лечении ребенка или инструкциях лечащего врача.
 - Отдел школьного здравоохранения (OSH) и его представители, ответственные за предоставление ребенку вышеуказанной услуги/услуг, руководствуются информацией, представленной в данной форме.
 - Своей подписью в документе я разрешаю OSH оказывать медицинские услуги ребенку. Эти услуги могут включать, в частности, клиническую оценку и медицинский осмотр, проводимые врачом или медсестрой OSH.
 - Действие запроса истекает в конце учебного года, который может включать летние занятия, или по представлении мной новой формы школьной медсестре (в зависимости от того, что наступит ранее). По истечении этого врачебного предписания я представляю школьной медсестре/SBHC новую форму MAF, заполненную лечащим врачом ребенка.
 - Данная форма представляет собой мое согласие и запрос на указанные медицинские услуги; она может быть направлена напрямую в OSH. Она не является договором с OSH об оказании запрашиваемых услуг. В случае согласия OSH на предоставление этих услуг, ребенку также потребуется План адаптации (Section 504 Accommodation Plan), который оформляется школой.
 - В целях предоставления медицинских услуг или лечения моего ребенка я разрешаю OSH обращаться за необходимой информацией о состоянии здоровья ребенка, его лекарствах и/или лечении к врачам, медсестрам и фармацевтам, оказывавшим ребенку медицинские услуги.

В соответствии с требованиями Департамента образования штата Нью-Йорк (NYSED) медсестрам запрещается вводить предварительно смешанные лекарства и питание. Им разрешается готовить смеси и лекарства и проводить кормление через гастростомическую трубку в соответствии с указаниями лечащего врача ребенка.

САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

- Настоящим заявляю/подтверждаю, что ребенок прошел обучение и может выполнять процедуры. Я также разрешаю ребенку иметь при себе, хранить медицинские принадлежности и материалы, а также самостоятельно проводить в школе и во время школьных экскурсий предписанные в форме медицинские процедуры. Я несу ответственность за предоставление ребенку материалов и лекарственных средств в упаковке, как описано выше. Я также несу ответственность за контроль выполнения ребенком процедур, а также за все последствия процедур, самостоятельно выполненных в школе. Школьная медсестра удостоверяет способность ребенка самостоятельно проводить процедуру. Я даю согласие на предоставление запасных материалов и инструментов в упаковке с пометкой back up для хранения в школе на случай временной утраты ребенком способности проводить процедуру самостоятельно.

Информация о ребенке. Фамилия: _____ Имя: _____ Инициал среднего имени: _____ Дата рождения (м/д/г): _____

Информация о школе: DBN/Название в ATS: _____ Шк. округ: _____ Район: _____

Имейл родителя/опекуна: _____ Адрес родителя/опекуна: _____

Телефоны: дневной: _____ домашний: _____ мобильный *: _____

Имя и фамилия родителя/опекуна: _____ Подпись родителя/опекуна: _____

Дата подписи (м/д/г): _____

Другое контактное лицо для срочной связи

Имя и фамилия: _____ Родство с учащимся: _____ Телефон: _____

Для служебных отметок Отдела школьного здравоохранения (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