



ФОРМА ПРИЗНАЧЕННЯ МЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ (НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО)

Форма про призначення препаратів постачальником медичних послуг | Відділ шкільної охорони здоров'я | 2025–2026 навчальний рік

Будь ласка, зверніться до шкільної медсестри/шкільного медичного центру.

Форми, подані після 1 червня, можуть призвести до затримки у обробці даних для нового навчального року.

Прізвище учня: _____ Ім'я: _____ Ініціал середнього імені: _____ Дата народження (д/м/р): _____
Стать ☐ Чоловіча ☐ Жіноча № OSIS: _____ Клас: _____ Група: _____
Школа (зазначити ATS DBN/назву, номер, адресу та район): _____ Округ Департаменту освіти: _____

МЕДИЧНІ ПРАЦІВНИКИ ЗАПОВНЮЮТЬ НИЖЧЕ / 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

Ред. 3/25
БАТЬКИ ПОВИННІ ПІДПИСАТИ СТОРІНКУ 2 →

ФОРМА ПРИЗНАЧЕННЯ МЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ (НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО)

Форма про призначення препаратів постачальником медичних послуг | Відділ шкільної охорони здоров'я | 2025–2026 навчальний рік

Будь ласка, зверніться до шкільної медсестри/шкільного медичного центру.

Форми, подані після 1 червня, можуть призвести до затримки у обробці даних для нового навчального року.

БАТЬКИ/ОПІКУНИ: ПРОЧИТАЙТЕ, ЗАПОВНІТЬ І ПІДПИШІТЬ. СВОЇМ ПІДПИСОМ Я ПІДТВЕРДЖУЮ НАДАННЯ ЗГОДИ ЩОДО ЗАЗНАЧЕНОГО НИЖЧЕ:

- Я даю згоду на те, щоб медичні засоби, обладнання та призначені препарати моєї дитини зберігалися та надавалися в школі відповідно до вказівок лікаря моєї дитини.
- Я розумію, що:
 - Мені необхідно надати шкільній медсестрі/працівнику шкільного медичного центру (SBHC) медичні засоби, обладнання та препарати для моєї дитини.
 - Усі медичні засоби, які я надаю школі, мають бути новими, в оригінальній упаковці без порушення її цілісності. Я надаю школі призначені станом на зараз, не прострочені медичні засоби для використання моєю дитиною під час шкільних занять.
 - Медичні засоби, обладнання та препарати мають бути марковані ім'ям та датою народження моєї дитини.
 - Я негайно повідомлю шкільну медсестру/працівника SBHC про будь-які зміни в лікарських препаратах дитини або вказівках лікаря.
 - Відділ шкільної охорони здоров'я (OSH) та його представники, які надають вищезазначені медичні послуги моїй дитині, покладаються на достовірність інформації, зазначеної в цій формі.
 - Підписуючи цю форму, я надаю OSH право надавати медичні послуги моїй дитині. Такими послугами можуть бути, зокрема, крім іншого, клінічне обстеження або фізичний огляд лікарем OSH чи медсестрою.
 - Інструкції/вказівки щодо лікування, зазначені в цій формі, втрачають чинність наприкінці навчального року моєї дитини, протягом якого можливі літні заняття, або в момент передання шкільній медсестрі нової форми (залежно від того, що настане раніше). Щойно термін дії цього призначення закінчиться, я надаю шкільній медсестрі/лікареві SBHC нову форму MAF, виписану лікарем моєї дитини.
 - Ця форма становить мою згоду та запит на надання медичних послуг, описаних у цій формі, і може бути надіслана безпосередньо до OSH. Це не є згодою Відділу шкільної охорони здоров'я на надання запитуваних послуг. Якщо OSH вирішить надати ці послуги, моїй дитині також може знадобитися План адаптації (Student Accommodation Plan) відповідно до Розділу 504. Цей план складає школа.
 - З метою надання медичних послуг або лікування дитини я дозволяю OSH звертатися за необхідною інформацією про стан здоров'я дитини до лікарів, медсестер та фармацевтів, які надавали дитині медичні послуги. Відділ шкільної охорони здоров'я має право отримати цю інформацію від будь-якого медичного працівника, медсестри або фармацевта, який надавав медичні послуги моїй дитині.

Згідно з розпорядженням Департаменту освіти штату Нью-Йорк, медсестрам заборонено давати або вводити пацієнтам готові препарати та харчові продукти. Медсестри мають право готувати та змішувати лікувальні препарати та харчові суміші для введення через гастростомічну трубку відповідно до призначень лікаря дитини.

ДЛЯ САМОСТІЙНОГО ЛІКУВАННЯ (ТІЛЬКИ ДЛЯ САМОСТІЙНИХ УЧНІВ):

- Цим засвідчую/підтверджую, що дитина пройшла підготовку і може проводити медичні процедури самостійно. Я дозволяю дитині мати при собі, зберігати і самостійно приймати в школі/під час шкільних екскурсій зазначені в цій формі препарати або виконувати медичні процедури. Я несу відповідальність за надання дитині препаратів у упаковці або флаконі, як описано вище. Я також несу відповідальність за контроль за прийманням препаратів дитиною, а також за всі наслідки приймання цього препарату в школі. Шкільна медсестра або працівники SBHC підтвердять, що моя дитина здатна мати з собою препарати та приймати їх самостійно. Я також даю згоду на надання запасних препаратів в упаковці або флаконі з розбірливою етикеткою для зберігання у школі.

Прізвище учня: _____ Ім'я: _____ МІ: _____ Дата народження (д/м/р): _____
Школа (ATS DBN/Назва): _____ Район: _____ Округ: _____
Ім'я батька/матері/опікуна (друкованими літерами): _____ Електронна адреса батьків/опікуна: _____
Підпис батька/матері/опікуна: _____ Дата підписання: _____
Адреса батька/матері/опікуна: _____
Номери телефонів: Для зв'язку в денний час: _____ Домашній: _____ Мобільний: _____
Інша контактна особа для зв'язку в екстрених випадках
Ім'я: _____ Спорідненість з учнем: _____ Номер телефону: _____

Тільки для використання в Управлінні шкільної охорони здоров'я (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

ТІЛЬКИ ДЛЯ ДРУКУ