طالب علم کی تصویر یہاں چسپاں کریں

MEDICALLY PRESCRIBED TREATMENT (NON-MEDICATION) FORM

برائے کرم کننده کے ذریعے علاج کا آرڈر فارم | اسکول کا دفترِ صحت | تعلیمی سال 2026–2025

راہ کرم اسکول نرس /اسکول میں قائم مرکزِ صحت کو واپس کریں۔ 1 جون کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔

طالب علم کا آخری نام________________ پہلانام________________ درمیانی نام:__________ تاریخ پیدائش: صنف:________________

جنس: ☐ لڑکا ☐ لڑکی OSIS نمبر: ________________ گریڈ ________________ کلاس: ________________

سکول (یشمل: رقم تعريف المدرسة (ATS DBN)/ الاسم، والعنوان، والحي): ________________ DOE ضلع:________________

HEALTH CARE PRACTITIONER COMPLETES BELOW / ذیل کو صحتاتی پیشہ ور مکمل کریں گے

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
FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT

← **PARENTS MUST SIGN PAGE 2 /والدین کو صفحہ 2 پر دستخط کرنا لازمی ہیں**

MEDICALLY PRESCRIBED TREATMENT (NON-MEDICATION) FORM

فراہم کنندہ کے ذریعے علاج کا آرڈر فارم | اسکول کا دفترِ صحت | تعلیمی سال **2025–2026**

راہ کرم اسکول نرس /اسکول میں قائم مرکزِ صحت کو واپس کریں۔ 1 جون کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔

والدین / سرپرست مطالعہ کریں، مکمل کریں اور دستخط کریں۔ ذیل میں دستخط کر کے میں اس پر متفق ہوں کہ:

1. میں اپنے بچے کے طبی سامان، آلات اور تجویز کردہ علاج کو محفوظ کرنے اور اسکول میں میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت معالج (ہیلتھ کئیر پریکٹشنر) کے ہدایات کے مطابق دینے کی اجازت دیتا ہوں۔
2. میں سمجھتا ہوں کہ:

- مجھے اسکول نرس/SBHC فراہم کنندہ کو اپنے بچے کا طبی سامان، آلات اور ادویات دینے لازمی ہیں۔
- تمام ساز وسامان جو میں اسکول کو دونگا وہ نیا، سیل بند، اور اصل بوتل یا ڈبے میں ہونا لازمی ہیں۔ میں اپنے بچے کو اسکول کے دنوں میں استعمال کے لیے جدید، غیر منسوخ شدہ سامان استعمال کرنے کے لیے اسکول کو فراہم کروں گا۔
  - سامان، آلات اور علاج پر میرے بچے کے نام اور تاریخ پیدائش کا لیبل لگا ہونا چاہیئے۔
- مجھے اپنے بچے کی علاج یا صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات میں کسی بھی تبدیلی سے اسکول نرس/SBHC فراہم کنندہ کو فوراً آگاہ کرنا لازمی ہے۔
- اسکول کا دفترِ صحت (OSH) اور اس کے نمائندے جو مندرجہ بالا خدمت (خدمات) میرے بچے کو فراہم کرنے میں شامل ہیں، اس فارم کی معلومات کے صحیح ہونے پر انحصار کر رہے ہیں۔
- اس فارم پر دستخط کر کے،، میں باضابطہ طور پر OSH کو میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ ان خدمات میں شامل ہو سکتی ہیں لیکن انہی تک محدود نہیں، OSH کے طبی نگہداشت پیشہ ور یا نرس کے ذریعے کلینکی تشخیص یا ایک جسمانی معائنہ۔
- علاج کی ہدایات / آرڈر میرے بچے کے تعلیمی سال کے آخر میں ختم ہوجائے گا، جس میں موسمِ گرما کا دورانیہ شامل ہوسکتا ہے، یا جب میں ا اسکول نرس/SBHC فراہم کنندہ کو ایک نیا فارم فراہم کروں (جو پہلے واقع ہو) جب اس دوا کے آرڈر کی میعاد منسوخ ہوجائے، میں اپنے بچے کی اسکول نرس کو میرے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور کے ذریعے تحریر کردہ ایک نیا MAF فراہم کرونگا۔ OSH کو مستقبل میں MAFs کے لیے میرے دستخط کی ضرورت نہیں ہوگی۔
- یہ فارم میری اجازت اور اس فارم میں بیان کردہ طبی خدمات کی درخواست کی نمائندگی کرتا ہے، اور اسے براہِ راست OSH کو بھیجا جا سکتا۔ یہ OSH کی جانب سے درخواست کردہ خدمات فراہم کیے جانے کا معاہدہ نہیں ہے۔ اگر OSH یہ خدمات فراہم کرنے کا فیصلہ کرتا ہے، میرے بچے کو ایک جز 504 سہولت منصوبے کی بھی ضرورت ہو سکتی ہے۔ اس منصوبے کو اسکول مکمل کرے گا۔
- OSH میرے بچے کو درکار نگہداشت یا علاج کی فراہمی کے لیے، دیگر کوئی بھی معلومات حاصل کرسکتا ہے جو انکے خیال میں میرے بچے کی طبی صورتِ حال، دوا یا علاج کے لیے ضروری ہے۔ OSH یہ معلومات کسی بھی ایسے طبی نگہداشت کے پیشہ ور، نرس، یا دوا فروش سے حاصل کرسکتا ہے جنہوں نے میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کی ہیں۔

نیو یارک ریاست محکمئہ تعلیم کے مطابق، نرسوں کو پہلے سے آمیزش کردہ دوائیاں اور فیڈنگز دینے کی اجازت نہیں ہے۔ نرسیں ٹیوب سے دینے کے لیے دوائیاں اور فیڈنگس تیار اور آمیزش کرسکتی ہیں جیسا کہ بچے کے مرکزی طبی فراہم کنندہ کی جانب سے ہدایت دی گئی ہو۔

خود ادویات لینے کے لیے (صرف برائے خود مختارطلبا):

- میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میرا بچہ مکمل تربیت یافتہ ہے اور وہ خود سے علاج (ٹریٹمنٹس) کر سکتا ہے۔ میں اپنے بچے کو اس فارم پر دی گئی ٹریٹمنٹس ساتھ رکھنے، محفوظ کرنے اور اسکول اور تفریحی دوروں میں خود سے لینے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں اپنے بچے کو یہ سامان اور آلات مذکورہ بالا کے مطابق لیبل لگا ہوا دینے کا ذمہ دار ہوں۔ میں اپنے بچے کے علاج کی نگرانی کرنے، اور اسکول میں میرے بچے کے خود سے علاج کرنے کے تمام نتائج کا بھی ذمہ دار ہوں۔ اسکول نرس SBHC/فراہم کنندہ میرے بچے کی خود سے ٹریٹمنٹ لینے کی اہلیت کی تصدیق کرے گی۔ میں اسکول کو واضح لیبل لگے "محفوظ ذخیرہ" ("بیک اپ") آلات اور سامان دینے پر بھی رضامند ہوں ایسی صورت میں کہ میرا بچہ خود سے علاج کرنے سے قاصر ہو۔

طالب علم کا آخری نام: ____________ پہلا نام: ____________ درمیانہ نام: ____________ تاریخِ پیدائش ____________

سکول کا ATS DBN / نام: ____________ برو: ____________ ضلع: ____________

والدین / سرپرست کا ای میل: ____________ والدین / سرپرست کا پتہ: ____________

یلیفون نمبرز: دن کے وقت: ____________ گھر: ____________ سیل فون*: ____________

والدین / سرپرست کا نام: ____________ والدین / سرپرست کے دستخط: ____________

دستخط کی تاریخ: ____________

ہنگامی صورت میں متبادل رابطہ فرد کا نام:

ام: ____________ طالب علم کے ساتھ رشتہ: ____________ ابطہ نمبر: ____________

For Office of School Health (OSH) Use Only / صرف اسکول کا دفتر صحت (OSH) کے استعمال کے لیے

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