



FORMULAR PËR TRAJTIM TË PËRSHKRUAR NGA ANA MJEKËSORE (JO ME ILAÇE)

Formulari i Urdhrit për Trajtim nga Ofruesi | Zyra e Shëndetit në Shkollë (Office of School Health) | Viti Shkollor 2026–2027
Ju lutemi dorëzoheni tek Infermierja e Shkollës/Qendra Shëndetësore në Shkollë (School Based Health Center). Formularët e dorëzuar pas datës 1 qershor mund të shkaktojnë vonesa në përpunim për vitin e ri shkollor.

Mbiemri i Nxënësit/es: _____ Emri: _____ Iniciali i Emrit të Mesëm: _____ Ditëlindja: _____
Gjinia: Mashkull Femër OSIS #: _____ Klasa: _____ Klasa: _____ Distrikti DOE: _____
Shkolla (përfshini ATS DBN/emrin, adresën dhe komunën): _____

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.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blood Pressure Monitoring | <input type="checkbox"/> Feeding Tube replacement if dislodged - specify in #4 | <input type="checkbox"/> Trach Care: Trach. Size _____ |
| <input type="checkbox"/> Chest Clapping/Percussion | <input type="checkbox"/> Oral / Pharyngeal Suctioning: Cath Size _____ Fr. | <input type="checkbox"/> Trach Replacement - specify in #4 |
| <input type="checkbox"/> Clean Intermittent Catheterization:
Cath Size _____ Fr. | <input type="checkbox"/> Ostomy Care | <input type="checkbox"/> Trach suctioning: Cath Size _____ Fr |
| <input type="checkbox"/> Central Line/PICC Line | <input type="checkbox"/> Oxygen Administration - specify in #1,
including pulse oximetry | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> Dressing Change | <input type="checkbox"/> Postural Drainage | |
| <input type="checkbox"/> Feeding: Cath Size _____ Fr.
<input type="checkbox"/> Nasogastric <input type="checkbox"/> G-Tube <input type="checkbox"/> J-Tube <input type="checkbox"/> Bolus | <input type="checkbox"/> Pulse Oximetry – specify in #1 | |
| <input type="checkbox"/> Pump <input type="checkbox"/> Gravity <input type="checkbox"/> 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: *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/specialist.**
Formula Name: _____ Concentration: _____
Route: _____ Amount: _____ Rate: _____ Duration: _____ Frequency/specific time(s) of administration: _____
- 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: _____

FORMULAR PËR TRAJTIM TË PËRSHKRUAR NGA ANA MJEKËSORE (JO ME ILAÇE)

Formulari i Urdhrit për Trajtim nga Ofruesi | Zyra e Shëndetit në Shkollë (Office of School Health) | Viti Shkollor 2026–2027

Ju lutemi dorëzoni tek Infermierja e Shkollës/Qendra Shëndetësore në Shkollë (School Based Health Center). Formularët e dorëzuar pas datës 1 qershor mund të shkaktojnë vonesa në përpunim për vitin e ri shkollor.

PRINDËR/KUJDESTARË: LEXONI, PLOTËSONI DHE NËNSHKRUANI. DUKE NËNSHKRUAR MË POSHTË, UNË PRANOJ SA VIJON:

- Jap pëlqimin që pajisjet mjekësore, materialet dhe trajtimet e përshkruara për fëmijën tim të ruhen dhe të përdoren në shkollë sipas udhëzimeve nga ofruesi i kujdesit shëndetësor të fëmijës tim.
- E kuptoj se:**
 - Unë duhet t'i dorëzoj infermieres së shkollës/ofruesit të qendrës shëndetësore në shkollë (SBHC) pajisjet mjekësore, materialet dhe trajtimet e fëmijës tim.
 - Të gjitha materialet që i dorëzoj shkollës duhet të jenë të reja, të pahapura dhe në shishen apo kutinë origjinale. Unë do të siguroj që shkolla të ketë materialet të vlefshme dhe jo të skaduara për përdorim nga fëmija im gjatë ditëve të shkollës.**
 - Pajisjet, materialet dhe trajtimet duhet të jenë të etiketuara me emrin dhe datën e lindjes së fëmijës tim.
 - Unë duhet të informoj **menjëherë** infermierin e shkollës/ofruesin e SBHC për çdo ndryshim në trajtimet e fëmijës tim ose në udhëzimet e ofruesit të kujdesit shëndetësor.
 - Zyra e Shëndetit në Shkollë (OSH) dhe përfaqësuesit e saj të përfshirë në ofrimin e shërbimeve të mësipërme shëndetësore për fëmijën tim po mbështeten në saktësinë e informacionit në këtë formular.
 - Duke nënshkruar këtë Formular për Përdorimin e Ilaçeve, unë autorizoj Zyrën e Shëndetit në Shkollë (OSH) që t'i ofroj fëmijës tim shërbime shëndetësore të lidhura. Këto shërbime mund të përfshijnë, por nuk kufizohen vetëm në, një vlerësim klinik ose një kontroll fizik nga një ofrues shëndetësor ose infermiere e OSH.
 - Udhëzimet/urdhrat për trajtimin në këtë formular skadojnë në fund të vitit shkollor të fëmijës tim, i cili mund të përfshijë edhe sesionin e verës, ose kur unë i dorëzoj infermieres së shkollës një formular të ri (cilado ndodh më herët). Kur ky urdhër për medikamentin të skadojë, unë do t'i dorëzoj infermieres së shkollës/ofruesit të SBHC një MAF të ri të shkruar nga mjeku i fëmijës tim.
 - Ky formular përfaqëson pëlqimin dhe kërkesën time për shërbimet mjekësore të përshkruara në këtë formular dhe mund t'i dërgohet drejtpërdrejt Zyrës së Shëndetit në Shkollë (OSH). Ky nuk është një marrëveshje nga Zyra e Shëndetit në Shkollë (OSH) për të ofruar shërbimet e kërkuara. Nëse OSH vendos t'i ofroj këto shërbime, fëmija im mund të ketë gjithashtu nevojë për një Plan Akomodimi për Nxënësin (504 Accommodation Plan). Ky plan do të përpilohet nga shkolla.
 - Për qëllime të ofrimit të kujdesit ose trajtimit për fëmijën tim, OSH mund të marrë çdo informacion që e konsideron të nevojshëm në lidhje me gjendjen mjekësore, ilaçet ose trajtimin e fëmijës tim. OSH mund ta marrë këtë informacion nga çdo ofrues shëndetësor, infermier/e ose farmacist që i ka dhënë fëmijës tim shërbime shëndetësore.

Sipas Departamentit të Arsimit të Shtetit të Nju Jorkut, infermieret nuk lejohen të përdorin ilaçe dhe ushqime të përziera paraprakisht. Infermieret mund të përgatisin dhe përzijnë ilaçe dhe ushqime përmes tubit G (G-tube), sipas urdhrave të dhëna nga ofruesi kryesor i kujdesit mjekësor të fëmijës.

PËR VETË-TRAJTIM (VETËM PËR NXËNËS TË PAVARUR):

- Unë vërtetoj/konfirmoj se fëmija im është trajnuar plotësisht dhe është në gjendje të kryejë vetë trajtimet. Jap pëlqimin që fëmija im t'i mbajë me vete, t'i ruajë dhe t'ia aplikojë vetes trajtimet e përshkruara në këtë formular, si në shkollë ashtu edhe gjatë ekskursioneve. Jam përgjegjës për t'i dhënë fëmijës tim këto furnizime dhe pajisje të etiketuara siç përshkruhet më sipër. Jam gjithashtu përgjegjës për monitorimin e trajtimeve të fëmijës tim dhe për të gjitha rezultatet e vetë-trajtimit të fëmijës tim në shkollë. Infermierja e shkollës/ofruesi i SBHC do të konfirmojë aftësinë e fëmijës tim për të kryer trajtime vetë. Gjithashtu, pranoj t'i jap shkollës pajisje ose furnizime të etiketuara qartë si "rezervë" në rast se fëmija im nuk është në gjendje të vetë-trajtohet.

Nxënësi Mbiemri: _____ Emri: _____ Iniciali i Emrit të Mesëm: _____ Data e Lindjes (dd/mm/vv): _____

Shkolla (ATS DBN/emri): _____ Bashkia: _____ Distrikti: _____

Emri i prindit/kujdestarit (me shkronja shtypi): _____ Emaili i Prindit/Kujdestarit: _____

Nënshkrimi i prindit/kujdestarit: _____ Data e nënshkrimit: _____

Adresa e prindit/kujdestarit: _____

Numër Telefoni: Gjatë ditës: _____ Telefoni i shtëpisë: _____ Celular: _____

Emri i Kontaktit Alternativ

Emri: _____ Marrëdhënia me Nxënësin/en: _____ Numri i telefonit: _____

For Office of School Health (OSH) Use Only

OSIS Number: _____ Received by – Name: _____ Date: _____

504 IEP Other: _____ Reviewed by – Name: _____ Date: _____

Referred to School 504 Coordinator: 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