



মেডিক্যালি প্রেসক্রাইবড ট্রিটমেন্ট ফর্ম (ঔষধ সেবন ছাড়া)

সেবা প্রদানকারীর চিকিৎসা প্রদান সংক্রান্ত নির্দেশনার ফর্ম | অফিস অভ স্কুল হেলথ | 2026-2027 শিক্ষা বছর
অনুগ্রহ করে স্কুল নার্সের কাছে/স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে (হেলথ সেন্টারে) ফেরত দিন। পহেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে
নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেরি হতে পারে।

শিক্ষার্থীর শেষ নাম: _____ প্রথম নাম: _____ মধ্য নাম: _____ জন্মতারিখ: _____
লিঙ্গ: পুরুষ নারী OSIS #: _____ গ্রেড: _____ ক্লাস: _____ DOE ডিস্ট্রিক্ট: _____
স্কুল (ATS DBN/নাম, ঠিকানা, এবং বরো অন্তর্ভুক্ত করুন): _____

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"/> Pulse Oximetry - specify in #1 | |
| <input type="checkbox"/> Nasogastric <input type="checkbox"/> G-Tube <input type="checkbox"/> J-Tube <input type="checkbox"/> Bolus | | |
| <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: _____

স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর অসম্পূর্ণ তথ্য ঔষধ প্রদানের আদেশ বাস্তবায়ন বিলম্বিত করবে

ফর্মটি রেসিডেন্ট ডাক্তার পূরণ করতে পারবেন না

সংশোধিত 2/26

পিঠামাতাকে অবশ্যই পৃষ্ঠা 2-এ স্বাক্ষর করতে হবে

মেডিক্যালি প্রেসক্রাইবড ট্রিটমেন্ট ফর্ম (ঔষধ সেবন ছাড়া)

সেবা প্রদানকারীর চিকিৎসা প্রদান সংক্রান্ত নির্দেশনার ফর্ম | অফিস অভ স্কুল হেলথ | 2026-2027 শিক্ষা বছর

অনুগ্রহ করে স্কুল নার্সের কাছে/স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে (হেলথ সেন্টারে) ফেরত দিন। পহেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেয়ি হতে পারে।

পিতামাতা/অভিভাবকগণ: পড়ুন, পূরণ করুন, এবং স্বাক্ষর করুন। নিচে স্বাক্ষর দিয়ে আমি নিম্নলিখিত বিষয়গুলোতে সম্মত হচ্ছি:

- আমি আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনা অনুযায়ী ঔষধ-পত্র, সরঞ্জাম (ইকুইপমেন্ট) এবং ব্যবস্থাপত্র অনুযায়ী চিকিৎসার নির্দেশনা সংরক্ষণ করার এবং অতঃপর স্কুলে দেয়ার অনুমতি দিচ্ছি।
- আমি বুঝেছি যে:
 - আমি অবশ্যই স্কুল নার্সকে/পরিষেবা প্রদানকারী স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে (স্কুল বেসড হেলথ সেন্টার, SBHC) আমার সন্তানের চিকিৎসা সামগ্রী, সরঞ্জাম এবং ঔষধ দিব।
 - আমি যেসব ঔষধপত্র স্কুলে দিব, সেগুলো অবশ্যই নতুন, মুখবন্ধ, এবং আসল (অরিজিনাল) বোতল বা বাস্কে ভরা থাকবে। স্কুলে দিবসে ব্যবহার করার জন্য আমি স্কুলে বর্তমান, বাতিল (এক্সপায়ার) হয়ে যায়নি এমন ঔষধ-পত্র প্রদান করবো।
 - চিকিৎসা সামগ্রী, সরঞ্জাম এবং ঔষধের উপর আমার সন্তানের নাম এবং জন্মতারিখ লেখা থাকা উচিত।
 - আমার সন্তানের চিকিৎসা অথবা স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনায় কোনও পরিবর্তন হলে স্কুল নার্স/SBHC পরিষেবা প্রদানকারীকে আমার অবশ্যই অতিসত্বর জানাতে হবে।
 - অফিস অভ স্কুল হেলথ (OSH) এবং এর প্রতিনিধিগণ, যারা আমার সন্তানকে উপরিলিখিত স্বাস্থ্য পরিষেবা(সমূহ) দেয়ার সাথে সংশ্লিষ্ট, তারা এই ফর্মের তথ্যের নির্ভুলতার উপর নির্ভর করেন।
 - এই ফর্মটি স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, OSH-কে স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানের অনুমতি দিচ্ছি। এই পরিষেবাগুলোর মধ্যে থাকতে পারে, কিন্তু এর মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়, OSH-এর স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী অথবা নার্স দ্বারা ক্লিনিক্যাল মূল্যায়ন অথবা শারীরিক পরীক্ষা (ফিজিক্যাল এক্সাম)।
 - আমার সন্তানের শিক্ষা বছর শেষ হলে কিংবা আমি স্কুল নার্সের কাছে একটি নতুন ফর্ম দিলে (দুটির যেটা আগে হবে), এই ফর্ম-এর চিকিৎসা-নির্দেশনা/আদেশ মেয়াদোত্তীর্ণ হবে, এতে আমার অধিবেশন অন্তর্ভুক্ত হতে পারে। যখন এই ঔষধ সেবনের নির্দেশ মেয়াদ উত্তীর্ণ হয়, আমি আমার সন্তানের স্কুল নার্স/SBHC প্রদানকারীকে একটি নতুন MAF, যা আমার সন্তানের স্বাস্থ্য প্রদানকারী কর্তৃক লিখিত, সেটি দেবো।
 - এই ফর্মে বর্ণিত অনুযায়ী চিকিৎসা (মেডিক্যাল) পরিষেবার জন্য এই ফর্মটি আমার অনুমতি ও অনুরোধের প্রতিনিধিত্ব করে এবং সরাসরি OSH-এর কাছে পাঠানো যেতে পারে। এটা অনুরোধকৃত বিভিন্ন সেবা প্রদানের লক্ষ্যে OSH-এর কোনও চুক্তি নয়। যদি OSH এই পরিষেবাগুলো প্রদান করার সিদ্ধান্ত নেয়, তবে আমার সন্তানের একটি সেকশন 504 অ্যাকোমোডেশন প্ল্যান (বিশেষ সুবিধার পরিকল্পনা) প্রয়োজন হতে পারে। এই প্ল্যানটি স্কুল পূরণ করবে।
 - আমার সন্তানকে সেবা এবং চিকিৎসা প্রদানের উদ্দেশ্যে, OSH প্রয়োজন মনে করলে আমার সন্তানের স্বাস্থ্যগত অবস্থা (মেডিক্যাল কন্ডিশন), ঔষধ অথবা চিকিৎসা সম্পর্কিত অন্যান্য তথ্য সংগ্রহ করতে পারে। যেসব স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী, নার্স, অথবা ফার্মাসিস্ট আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য সেবা প্রদান করেছেন, তাদের কাছ থেকে OSH এসব তথ্য সংগ্রহ করতে পারে।

নিউ ইয়র্ক স্টেট এডুকেশন ডিপার্টমেন্টের নির্দেশ অনুযায়ী, নার্সগণ পূর্ব-মিশ্রিত ঔষধ ব্যবস্থাপনা ও খাওয়ানোর জন্য অনুমোদিত নয়। শিক্ষার্থীর প্রাথমিক স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী কর্তৃক নির্দেশনা অনুযায়ী, নার্স ঔষধ প্রস্তুত ও মেশাতে এবং জি-টিউবের মাধ্যমে খাওয়াতে পারেন।

নিজে চিকিৎসা করার ক্ষেত্রে (ঔষধ সেবন স্বনির্ভর শিক্ষার্থীবৃন্দ):

- আমি প্রত্যাশা/নিশ্চিত করছি যে আমার সন্তান নিজে ঔষধ সেবনে পুরোপুরি প্রশিক্ষিত এবং নিজেই নিজের চিকিৎসা করবে। এই ফর্মের নির্দেশনা অনুযায়ী, আমি আমার সন্তানকে স্কুলে এবং বিভিন্ন ট্রিপে ঔষধ বহন করার, সংরক্ষণ করার, এবং নিজে সেবন করার সম্মতি দিচ্ছি। আমি আমার সন্তানকে উপরিলিখিত অনুযায়ী লেবেল করা এই ঔষধ-পত্র এবং সরঞ্জামে দেয়ার জন্য দায়বদ্ধ। আমার সন্তানের চিকিৎসার প্রতি, এবং নিজে চিকিৎসা স্কুলে করার ফলে যে প্রভাব পড়তে পারে সে ব্যাপারে লক্ষ্য রাখতে আমি দায়বদ্ধ। আমার সন্তান নিজে নিজের চিকিৎসা করতে পারবে কিনা তা স্কুল নার্স/SBHC-এর পরিষেবা প্রদানকারী নিশ্চিত করবে। আমার সন্তান নিজে নিজের চিকিৎসা করতে সক্ষম না হলে আমি স্কুলকে স্পষ্টভাবে লেবেলকৃত “ব্যাক আপ” সরঞ্জাম অথবা সামগ্রী প্রদানের সম্মতিও দিচ্ছি।

শিক্ষার্থীর শেষ নাম: _____ প্রথম নাম: _____ MI: _____ জন্মতারিখ (মাস/দিন/বছর): _____
স্কুল (ATS DBN/নাম): _____ বরো: _____ ডিস্ট্রিক্ট: _____
পিতামাতা/অভিভাবকের নাম (ইংরেজি বড় অক্ষরে): _____ পিতামাতা/অভিভাবকের ইমেইল: _____
পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর: _____ স্বাক্ষর দেয়ার তারিখ: _____
পিতামাতা/অভিভাবকের ঠিকানা: _____
ফোন নম্বর: দিবাকালীন: _____ বাড়ি: _____ সেল ফোন: _____
জরুরী পরিস্থিতিতে বিকল্প যোগাযোগের ব্যক্তি
নাম: _____ শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক: _____ ফোন নম্বর: _____

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