



Attach student photo here

# FORMULAIRE POUR SOINS MÉDICAUX PRESCRITS (HORS MÉDICAMENTS)

Formulaire d'ordonnance de soins du prestataire | Bureau de la santé scolaire | Année scolaire 2026-2027

À retourner au personnel infirmier scolaire/centre de santé scolaire. Les formulaires soumis après le 1<sup>er</sup> juin peuvent retarder leur traitement pour la nouvelle année scolaire.

Nom de l'élève : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ 2<sup>e</sup> prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance (MM/JJ/AAAA) : \_\_\_\_\_  
Sexe :  Masculin  Féminin N° OSIS : \_\_\_\_\_ Grade : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_ District du DOE : \_\_\_\_\_  
École (ATS DBN/nom, adresse et borough) : \_\_\_\_\_

## 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:<br>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,<br>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: \_\_\_\_\_

LES INFORMATIONS INCOMPLÈTES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ RETARDERONT LA MISE EN PLACE DES ORDONNANCES MÉDICALES  
LES FORMULAIRES NE PEUVENT PAS ÊTRE REMPLIS PAR UN OU UNE INTERNE EN MÉDECINE

Rév 2/26  
**LES PARENTS DOIVENT SIGNER LA PAGE 2**

# FORMULAIRE POUR SOINS MÉDICAUX PRESCRITS (HORS MÉDICAMENTS)

Formulaire d'ordonnance de soins du prestataire | Bureau de la santé scolaire | Année scolaire 2026-2027

À retourner au personnel infirmier scolaire/centre de santé scolaire. Les formulaires soumis après le 1<sup>er</sup> juin peuvent retarder leur traitement pour la nouvelle année scolaire.

## PARENTS/TUTEURS/TUTRICES : LISEZ, COMPLÉTEZ ET SIGNEZ. EN SIGNANT CI-DESSOUS, J'ACCEPTÉ CE QUI SUIT :

- Je consens à ce que le matériel et les équipements médicaux de mon enfant, ainsi que les traitements qui lui sont prescrits, soient conservés et administrés à l'école, selon les instructions de son médecin.
- Je comprends que :**
  - Je dois donner au personnel infirmier scolaire/prestataire du centre de santé scolaire (School Based Health Center - SBHC) le matériel, les équipements et les traitements médicaux de mon enfant.
  - Tout matériel que je remets à l'école doit être neuf, non ouvert et dans son emballage ou flacon d'origine. Je fournirai à l'école le matériel actuel et non périmé pour l'usage de mon enfant pendant les jours de classe.**
    - Le matériel, les équipements et tous les traitements doivent porter une étiquette indiquant le nom et la date de naissance de mon enfant.
  - Je dois **immédiatement** informer le personnel infirmier scolaire/prestataire SBHC de tout changement concernant les soins de mon enfant ou les instructions de son médecin.
  - Le Bureau de la santé scolaire (Office of School Health - OSH) et son personnel chargé de fournir à mon enfant les services de santé indiqués ci-dessus se fient à l'exactitude des informations de ce formulaire.
  - En signant ce formulaire, j'autorise l'OSH à dispenser des services de santé à mon enfant. Ces services peuvent comprendre une évaluation clinique ou un examen médical par un professionnel de santé ou le personnel infirmier de l'OSH.
  - Les ordonnances/instructions relatives aux soins indiqués dans ce formulaire expirent à la fin de l'année scolaire de mon enfant, ce qui peut inclure la session d'été, ou lorsque je donne un nouveau formulaire au personnel infirmier scolaire (selon ce qui survient en premier). Lorsque l'ordonnance médicale arrivera à expiration, je donnerai au personnel infirmier scolaire de mon enfant/au prestataire SBHC un nouveau MAF rempli par son médecin.
  - Ce formulaire représente mon autorisation et ma demande pour les services médicaux décrits dans ce formulaire, et peut être envoyé directement à l'OSH. Cela ne signifie pas que l'OSH s'engage à fournir les services demandés. Si l'OSH décide de dispenser ces services, mon enfant peut également avoir besoin d'un plan d'aménagements en vertu de la Section 504. Ce plan sera mis en place par l'école.
  - Afin de dispenser des soins ou un traitement à mon enfant, l'OSH peut obtenir toute autre information qu'il estime être nécessaire concernant l'état de santé, les médicaments ou le traitement de mon enfant. L'OSH peut obtenir ces informations auprès des professionnels de santé, du personnel infirmier ou des pharmaciens ayant dispensé des services de santé à mon enfant.

**Selon le Département de l'Éducation de l'État de New York, le personnel infirmier n'est pas autorisé à donner aux enfants des préparations alimentaires et des médicaments prémélangés. Le personnel infirmier peut préparer et mélanger les médicaments et des préparations alimentaires pour une administration par sonde gastrique, comme demandé par le médecin traitant de l'enfant.**

## AUTOTRAITEMENT (UNIQUEMENT POUR LES ÉLÈVES AUTONOMES) :

- Je déclare/j'atteste que mon enfant a reçu une formation complète et est capable d'effectuer ses soins en toute autonomie. Je consens à ce que mon enfant transporte, conserve et s'administre en toute autonomie les soins prescrits sur ce formulaire à l'école et lors des sorties. J'ai la responsabilité de donner à mon enfant ce matériel et ces équipements étiquetés, comme décrit ci-dessus. Je suis aussi responsable du suivi des soins de mon enfant et de toutes les conséquences liées aux soins que mon enfant s'administre en toute autonomie à l'école. Le personnel infirmier scolaire/le prestataire SBHC attestera de l'aptitude de mon enfant à effectuer ses soins en toute autonomie. Je consens également à fournir à l'école des équipements ou du matériel « de secours » clairement étiquetés si mon enfant ne peut pas effectuer ses soins en toute autonomie.

Nom de famille de l'élève : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Initiale 2<sup>e</sup> prénom : \_\_\_ Date de naissance (m/j/a) : \_\_\_\_\_

École (ATS DBN/nom) : \_\_\_\_\_ Borough : \_\_\_\_\_ District : \_\_\_\_\_

Nom du parent/tuteur/de la tutrice (majuscules) : \_\_\_\_\_ E-mail du parent/tuteur/de la tutrice : \_\_\_\_\_

Signature du parent/tuteur/de la tutrice : \_\_\_\_\_ Date de signature : \_\_\_\_\_

Adresse du parent/tuteur/de la tutrice : \_\_\_\_\_

Numéros de téléphone : En journée : \_\_\_\_\_ Domicile : \_\_\_\_\_ Téléphone portable : \_\_\_\_\_

### Autre contact d'urgence

Prénom et nom : \_\_\_\_\_ Lien avec l'élève : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

## 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