



# ЗАПРОС НА ПРЕДПИСАННОЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | 2026-2027 уч. г.

Верните заполненную форму школьной медсестре или в школьный центр здоровья.

Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

Фамилия учащегося: \_\_\_\_\_ Имя: \_\_\_\_\_ Ср. имя: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_  
Пол:  мужской  женский Номер учащегося (OSIS): \_\_\_\_\_ Уч. уровень: \_\_\_\_\_ Класс: \_\_\_\_\_ Школьный округ DOE: \_\_\_\_\_  
Школа (данные в ATS: номер DBN/название, адрес и район): \_\_\_\_\_

## 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: \_\_\_\_\_

УКАЗАНИЕ НЕПОЛНОЙ ИНФОРМАЦИИ О ЛЕЧАЩЕМ ВРАЧЕ РЕБЕНКА ВЕДЕТ К ЗАДЕРЖКЕ В ИСПОЛНЕНИИ ПРЕДПИСАНИЯ  
ЗАПОЛНЕНИЕ ФОРМЫ ВРАЧОМ-ОРДИНАТОРОМ НЕ ДОПУСКАЕТСЯ.

Редакция 2/26  
**ТРЕБУЕТСЯ ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ на с. 2**

## ЗАПРОС НА ПРЕДПИСАННОЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Врачебное предписание | Отдел школьного здравоохранения | 2026-2027 уч. г.

Верните заполненную форму школьной медсестре или в школьный центр здоровья.

Подача запроса после 1 июня может привести к задержке предоставления услуг в новом учебном году.

### РОДИТЕЛИ/ОПЕКУНЫ! ПРОЧИТАЙТЕ, ЗАПОЛНИТЕ И ПОДПИШИТЕ ФОРМУ. Я, НИЖЕПОДПИСАВШИЙСЯ, ВЫРАЖАЮ СОГЛАСИЕ НА СЛЕДУЮЩЕЕ:

- Я даю согласие на хранение и выдачу ребенку в школе необходимых средств и материалов для проведения процедур в соответствии с предписаниями его лечащего врача.
- Мне известно следующее:**
  - Мне требуется обеспечить школьную медсестру/школьный центр здоровья (school based health center, SBHC) медицинскими принадлежностями, инструментами и материалами.
  - Все материалы, предоставляемые школе, должны быть новыми, в запечатанной фабричной или аптечной упаковке. Я предоставлю школе назначенные на текущее время непросроченные медицинские принадлежности для использования ребенком в течение учебного дня.**
    - Принадлежности, инструменты и материалы должны быть снабжены этикетками с именем, фамилией и датой рождения ребенка.
  - Я обязуюсь **незамедлительно** уведомлять школьную медсестру/SBHC обо всех изменениях в лечении ребенка или инструкциях лечащего врача.
  - Отдел школьного здравоохранения (OSH) и его представители, ответственные за предоставление ребенку вышеуказанной услуги/услуг, руководствуются информацией, представленной в данной форме.
  - Своей подписью в документе я разрешаю OSH оказывать медицинские услуги ребенку. Эти услуги могут включать, в частности, клиническую оценку и медицинский осмотр, проводимые врачом или медсестрой OSH.
  - Действие запроса истекает в конце учебного года, который может включать летние занятия, или по представлении мной новой формы школьной медсестре (в зависимости от того, что наступит ранее). По истечении этого врачебного предписания я представлю школьной медсестре/SBHC новую форму MAF, заполненную лечащим врачом ребенка.
  - Данная форма представляет собой мое согласие и запрос на указанные медицинские услуги; она может быть направлена напрямую в OSH. Она не является согласием OSH на оказание запрашиваемых услуг. В случае согласия OSH на предоставление этих услуг, ребенку также потребуются План адаптации (Section 504 Accommodation Plan), который оформляется школой.
  - В целях предоставления медицинских услуг или лечения моего ребенка OSH/SBHC может обращаться за необходимой им дополнительной информацией о состоянии его здоровья, лекарствах и/или процедурах к любым врачам, медсестрам и фармацевтам, оказывавшим помощь ребенку.

**В соответствии с требованиями Департамента образования штата Нью-Йорк (NYSED) медсестрам запрещается вводить предварительно смешанные лекарства и питание. Им разрешается готовить смеси и лекарства и проводить кормление через гастростомическую трубку в соответствии с указаниями лечащего врача ребенка.**

### САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

- Настоящим заявляю/подтверждаю, что ребенок прошел обучение и может выполнять процедуры. Я также разрешаю ребенку иметь при себе, хранить медицинские принадлежности и материалы, а также самостоятельно проводить в школе/во время школьных экскурсий предписанные в форме медицинские процедуры. Я несу ответственность за предоставление ребенку материалов и лекарственных средств в упаковке, как описано выше. Я также несу ответственность за контроль выполнения ребенком процедур, а также за все последствия процедур, самостоятельно выполненных в школе. Школьная медсестра удостоверяет способность ребенка самостоятельно проводить процедуру. Я даю согласие на предоставление запасных материалов и инструментов в упаковке с пометкой back up для хранения в школе на случай временной утраты ребенком способности проводить процедуру самостоятельно.

Сведения об учащемся. Фамилия: \_\_\_\_\_ Имя: \_\_\_\_\_ Инициал среднего имени: \_\_\_\_\_

Дата рождения (месяц/день/год): \_\_\_\_\_

Сведения о школе (номер DBN/название в ATS): \_\_\_\_\_ Район: \_\_\_\_\_ Школьный округ: \_\_\_\_\_

Сведения о родителе/опекуне. Имя и фамилия (печатными буквами): \_\_\_\_\_ Имейл родителя/опекуна: \_\_\_\_\_

Подпись родителя/опекуна: \_\_\_\_\_ Дата подписи: \_\_\_\_\_

Адрес родителя/опекуна: \_\_\_\_\_

Телефоны: дневной: \_\_\_\_\_ домашний: \_\_\_\_\_ мобильный: \_\_\_\_\_

Другое контактное лицо для срочной связи

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Родство с учащимся: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_

### 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