



# ФОРМА ПРИЗНАЧЕННЯ МЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ (НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО)

Форма про призначення препаратів постачальником медичних послуг | Відділ шкільної охорони здоров'я | 2026–2027 навчальний рік  
Будь ласка, зверніться до шкільної медсестри/шкільного медичного центру. Форми, подані після 1 червня, можуть призвести до затримки у обробці даних для нового навчального року.

Прізвище учня: \_\_\_\_\_ Ім'я: \_\_\_\_\_ Середнє ім'я: \_\_\_\_\_ Дата народження: \_\_\_\_\_  
Стать  Чоловіча  Жіноча № OSIS: \_\_\_\_\_ Клас: \_\_\_\_\_ Група: \_\_\_\_\_ Округ Департаменту освіти: \_\_\_\_\_  
Школа (зазначити ATS DBN/назву, адресу та 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: \_\_\_\_\_

НЕДОСТАТНЯ ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЛІКАРЯ ЗАТРИМАЄ НАДАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ПРИЗНАЧЕНЬ  
 ФОРМИ НЕ МОЖУТЬ БУТИ ЗАПОВНЕНІ ЛІКАРЕМ-ІНТЕРНОМ

ред. 2/26  
**БАТЬКИ ПОВИННІ ПІДПИСАТИ СТОРІНКУ 2**

## ФОРМА ПРИЗНАЧЕННЯ МЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ (НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО)

Форма про призначення препаратів постачальником медичних послуг | Відділ шкільної охорони здоров'я | 2026–2027 навчальний рік  
Будь ласка, зверніться до шкільної медсестри/шкільного медичного центру. Форми, подані після 1 червня, можуть призвести до затримки у обробці даних для нового навчального року.

### БАТЬКИ/ОПІКУНИ: ПРОЧИТАЙТЕ, ЗАПОВНІТЬ І ПІДПИШІТЬ. СВОЇМ ПІДПИСОМ Я ПІДТВЕРДЖУЮ НАДАННЯ ЗГОДИ ЩОДО ЗАЗНАЧЕНОГО НИЖЧЕ:

1. Я даю згоду на те, щоб медичні засоби, обладнання та призначені препарати моєї дитини зберігалися та надавалися в школі відповідно до вказівок лікаря моєї дитини.
2. Я розумію, що:
  - Мені необхідно надати шкільній медсестрі/працівнику шкільного медичного центру (SBHC) медичні засоби, обладнання та препарати для моєї дитини.
  - Усі медичні засоби, які я надаю школі, мають бути новими, в оригінальній упаковці без порушення її цілісності. Я надаю школі призначені станом на зараз, не прострочені медичні засоби для використання моєю дитиною під час шкільних занять.
    - Медичні засоби, обладнання та препарати мають бути марковані ім'ям та датою народження моєї дитини.
  - Я негайно повідомлю шкільну медсестру/працівника SBHC про будь-які зміни в лікарських препаратах дитини або вказівках лікаря.
  - Відділ шкільної охорони здоров'я (OSH) та його представники, які надають вищезазначені медичні послуги моїй дитині, покладаються на достовірність інформації, зазначеної в цій формі.
  - Підписуючи цю форму, я надаю OSH право надавати медичні послуги моїй дитині. Такими послугами можуть бути, зокрема, крім іншого, клінічне обстеження або фізичний огляд лікарем OSH чи медсестрою.
  - Інструкції/вказівки щодо лікування, зазначені в цій формі, втрачають чинність наприкінці навчального року моєї дитини, протягом якого можливі літні заняття, або в момент передання шкільній медсестрі нової форми (залежно від того, що настане раніше). Щойно термін дії цього призначення закінчиться, я надаю шкільній медсестрі/лікареві SBHC нову форму MAF, випсану лікарем моєї дитини.
  - Ця форма становить мою згоду та запит на надання медичних послуг, описаних у цій формі, і може бути надіслана безпосередньо до OSH. Це не є згодою Відділу шкільної охорони здоров'я на надання запитуваних послуг. Якщо OSH вирішить надати ці послуги, моїй дитині також може знадобитися План адаптації (Student Accommodation Plan) відповідно до Розділу 504. Цей план складає школа.
  - З метою надання медичних послуг або лікування дитини я дозволяю OSH звертатися за необхідною інформацією про стан здоров'я дитини до лікарів, медсестер та фармацевтів, які надавали дитині медичні послуги. Відділ шкільної охорони здоров'я має право отримати цю інформацію від будь-якого медичного працівника, медсестри або фармацевта, який надавав медичні послуги моїй дитині.

Згідно з розпорядженням Департаменту освіти штату Нью-Йорк, медсестрам заборонено давати або вводити пацієнтам готові препарати та харчові продукти. Медсестри мають право готувати та змішувати лікувальні препарати та харчові суміші для введення через гастростомічну трубку відповідно до призначень лікаря дитини.

### ДЛЯ САМОСТІЙНОГО ЛІКУВАННЯ (ТІЛЬКИ ДЛЯ САМОСТІЙНИХ УЧНІВ):

- Цим засвідчую/підтверджую, що дитина пройшла підготовку і може проводити медичні процедури самостійно. Я дозволяю дитині мати при собі, зберігати і самостійно приймати в школі/під час шкільних екскурсій зазначені в цій формі препарати або виконувати медичні процедури. Я несу відповідальність за те, щоб надати моїй дитині ці матеріали та приладдя, марковані відповідно до зазначеного вище. Я також несу відповідальність за контроль за лікуванням моєї дитини та за всі результати її самостійного лікування в школі. Шкільна медсестра/фахівець центру шкільного здоров'я підтвердить, що моя дитина здатна самостійно проводити процедуру лікування. Я також погоджуюся надати школі чітко позначене «запасне» обладнання або матеріали на випадок, якщо моя дитина не зможе самостійно надати собі допомогу.

Прізвище учня: \_\_\_\_\_ Ім'я: \_\_\_\_\_ Ініціал середнього імені: \_\_\_\_\_ Дата народження (д/м/р): \_\_\_\_\_

Школа (ATS DBN/Назва): \_\_\_\_\_ Боро: \_\_\_\_\_ Округ: \_\_\_\_\_

Ім'я та прізвище батька/матері/опікуна (друкованими літерами): \_\_\_\_\_ Електронна адреса батьків/опікуна: \_\_\_\_\_

Підпис батьків/опікуна: \_\_\_\_\_ Дата підписання: \_\_\_\_\_

Адреса батька/матері/опікуна: \_\_\_\_\_

Номери телефонів: Для зв'язку в денний час: \_\_\_\_\_ Домашній: \_\_\_\_\_ Моб. телефон: \_\_\_\_\_

Інша контактна особа для зв'язку в екстрених випадках

Ім'я: \_\_\_\_\_ Спорідненість з учнем: \_\_\_\_\_ 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