



## طبی طور پر تجویز کردہ علاج (غیر ادویاتی) فارم

فراہم کنندہ کا علاج آرڈر کرنے کا فارم | اسکول کا دفتر صحت | تعلیمی سال 2026-2027  
برائے مہربانی اسکول نرس / اسکول میں قائم مرکز کو واپس کریں۔ 1 جون کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کاروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔

طالب علم کا آخری نام: \_\_\_\_\_ پہلا نام: \_\_\_\_\_ درمیانہ: \_\_\_\_\_ تاریخ پیدائش: \_\_\_\_\_  
جنس:  لڑکا  لڑکی OSIS نمبر #: \_\_\_\_\_ گریڈ: \_\_\_\_\_ کلاس: \_\_\_\_\_ DOE ضلع: \_\_\_\_\_  
اسکول (ATS ATSDBN / نام، پتہ اور پروف شامل کریں): \_\_\_\_\_

### 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.<br><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: \_\_\_\_\_

والدین کا صفحہ 2 پر دستخط

طبی نگہداشت پیشہ ور کی نامکمل معلومات دوائی آرڈر کی کاروائی میں تاخیر کی وجہ بن سکتی ہے۔ تجدید شدہ 26/2  
 فارمز کو ایک ریویژنڈ مکمل نہیں کر سکتا  
 کرنا لازمی ہیں

## طبی طور پر تجویز کردہ علاج (غیر ادویاتی) فارم

فراہم کنندہ کا علاج آرڈر کرنے کا فارم | اسکول کا دفتر صحت | تعلیمی سال 2026-2027  
برائے مہربانی اسکول نرس / اسکول میں قائم مرکز کو واپس کریں۔ 1 جون کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کاروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔

والدین / سرپرست: پڑھ کر مکمل کریں اور دستخط کریں۔ ذیل میں دستخط کر کے، میں اس پر متفق ہوں کہ:

1- میں اپنے بچے کے طبی سامان، آلات اور تجویز کردہ علاج کو محفوظ کرنے اور اسکول میں میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت معالج (ہیلتھ کنٹرول پریکٹیشنر) کے ہدایات کے مطابق دینے کی اجازت دیتا ہوں۔

2- میں جانتا ہوں کہ:

- مجھے اسکول نرس / اسکول میں قائم صحت مرکز (SBHC) فراہم کنندہ کو اپنے بچے کی دوا اور آلات فراہم کرنا لازمی ہیں۔
- تمام ساز و سامان جو میں اسکول کو دوں گا وہ نیا، سیل بند، اور اصل بوتل یا ڈیزے میں ہونا لازمی ہیں۔ میں اسکول کو اپنے بچے کے اسکول دن کے دوران استعمال کے لیے موجودہ اور غیر معیاد ختم شدہ دوا فراہم کروں گا۔
- سامان، آلات اور علاج پر میرے بچے کے نام اور تاریخ پیدائش کا لیبل لگا ہونا چاہیے۔
- مجھے اپنے بچے کی دوا یا طبی نگہداشت فراہم کنندہ کی ہدایات میں کسی بھی تبدیلی کے بارے میں فوراً اسکول کی نرس / SBHC فراہم کنندہ کو اطلاع دینا ہوگی۔
- اسکول کا دفتر صحت (OSH) اور اس کے نمائندے جو مندرجہ بالا خدمت (خدمات) میرے بچے کو فراہم کرنے میں شامل ہیں، اس فارم کی معلومات کے صحیح ہونے پر انحصار کر رہے ہیں۔
- اس فارم پر دستخط کر کے، میں باضابطہ طور پر OSH کو میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ ان خدمات میں شامل ہو سکتے ہیں لیکن کسی کلینک کی تشخیص یا کسی OSH کے طبی نگہداشت پیشہ ور یا نرس کے ذریعے ایک جسمانی معائنہ بھی شامل ہو سکتا ہے لیکن انہی تک محدود نہیں۔
- علاج کی ہدایات / آرڈرز میرے بچے کے تعلیمی سال کے آخر میں ختم ہوجائے گا، جس میں موسم گرما کا دورانیہ شامل ہو سکتا ہے، یا جب میں اسکول نرس کو ایک نیا فارم فراہم کروں (جو پہلے واقع ہو) دوا دینے کے اس آرڈر کے ختم ہو جانے کے بعد، میں اپنے بچے کے معالج کی جانب سے ایک نئی تحریری MAF اپنے بچے کی اسکول نرس / SBHC فراہم کنندہ کو فراہم کروں گا۔
- یہ فارم میری رضامندی اور اس فارم میں بیان کی گئی ہے سے متعلق خدمات کی درخواست کی نمائندگی کرتا ہے، اور اسے براہ راست OSH کو بھیجا جا سکتا ہے۔ یہ OSH کی جانب سے درخواست کردہ خدمات فراہم کیے جانے کا کوئی معاہدہ نہیں ہے۔ اگر OSH ان خدمات کی فراہمی کا فیصلہ کرتا ہے، تو میرے بچے کو جز 504 سہولیات منصوبے کی ضرورت بھی ہو سکتی ہے۔ اس منصوبے کو اسکول مکمل کرے گا۔
- میرے بچے کی دیکھ بھال یا علاج کی غرض سے، OSH میرے بچے کی طبی حالت، دوا، یا علاج سے متعلق کوئی بھی ایسی معلومات حاصل کر سکتے ہیں جنہیں وہ ضروری سمجھتے ہیں۔ OSH ان معلومات کو کسی بھی ایسے طبی نگہداشت کے پیشہ ور، نرس، یا دوا فروش سے حاصل کر سکتا ہے جنہوں نے میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کی ہیں۔

نیویارک ریاست محکمہ تعلیم کے مطابق، نرسوں کو پہلے سے ملائی گئی ادویات اور فیڈنگسز دینے اور کھلانے کی اجازت نہیں ہے۔ نرس بچے کے بنیادی طبی فراہم کنندہ کی ہدایات کے مطابق دوائیوں اور فیڈنگسز کے لیے جی۔ ٹیوب کے ذریعے دینے کے لیے تیار کرسکتے اور ملا سکتے ہیں۔

### خود ادویات لینے کے لیے (صرف خود مختار طلبا):

- میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میرا بچہ مکمل تربیت یافتہ ہے اور وہ خود سے علاج (ٹریٹمنٹس) کر سکتا ہے۔ میں اپنے بچے کو اس فارم پر دی گئی دوائیوں کو اسکول میں اور دوروں پر لیجانے، محفوظ کرنے اور خود سے لینے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں اپنے بچے کو یہ سامان اور آلات مذکورہ بالا کے مطابق لیبل لگا ہوا دینے کا ذمہ دار ہوں۔ میں اپنے بچے کے علاج کی نگرانی کرنے، اور اسکول میں میرے بچے کے خود سے علاج کرنے کے تمام نتائج کا بھی ذمہ دار ہوں۔ اسکول نرس / SBHC فراہم کنندہ میرے بچے کی خود سے ٹریٹمنٹ لینے کی اہلیت کی تصدیق کرے گا۔ میں اسکول کو واضح لیبل لگے محفوظ ذریعہ "بیک اپ" آلات اور سامان دینے پر بھی رضامند ہوں ایسی صورت میں کہ میرا بچہ خود سے علاج کرنے سے قاصر ہو۔

طالب علم کا آخری نام: \_\_\_\_\_ پہلا نام: \_\_\_\_\_ درمیانہ مختصر نام: \_\_\_\_\_  
تاریخ پیدائش (سال / دن / مہینہ): \_\_\_\_\_  
اسکول (ATS / DBN / نام): \_\_\_\_\_  
والدین / سرپرست کا نام (جلی حروف میں): \_\_\_\_\_ والدین / سرپرست کا ای میل: \_\_\_\_\_  
والدین / سرپرست کے دستخط: \_\_\_\_\_ دستخط کی تاریخ: \_\_\_\_\_  
والدین / سرپرست کا پتہ: \_\_\_\_\_  
ٹیلیفون نمبر: دن کے وقت: \_\_\_\_\_ گھر: \_\_\_\_\_ سیل فون: \_\_\_\_\_  
ہنگامی صورت میں متبادل رابطہ فرد نام: \_\_\_\_\_ طالب علم کے ساتھ رشتہ: \_\_\_\_\_ فون نمبر: \_\_\_\_\_

### 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