



**의료적으로 처방된 처치(비약물) 제공 요청**  
 의료제공자 투약 지시 양식 | 학교 보건 담당실 | 2022-2023 학년도  
**학교 간호사에게 제출하십시오. 6월 1일 이후 제출된 양식은 새 학년도 처리가 지연될 수 있습니다.**

학생 성: \_\_\_\_\_ 이름: \_\_\_\_\_ 미들네임: \_\_\_\_\_  
 생년월일: \_\_\_\_\_ 성별:  남  여 OSIS 번호: \_\_\_\_\_ 학년: \_\_\_\_\_ 학급: \_\_\_\_\_  
 교육청 학군: \_\_\_\_\_ 학교(ATSDBN/이름, 주소 및 보호 기재): \_\_\_\_\_

**HEALTHCARE 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 #5 | <input type="checkbox"/> Trach Replacement - specify in #5 |
| <input type="checkbox"/> Chest Clapping/Percussion   | <input type="checkbox"/> Oral / Pharyngeal Suctioning: Cath Size _____ Fr.     | <input type="checkbox"/> Vagus Nerve Stimulator            |
| <input type="checkbox"/> Clean Intermittent Catheterization: Cath Size _____ Fr.   | <input type="checkbox"/> Ostomy Care   | <input type="checkbox"/> Other: _____                      |
| <input type="checkbox"/> Central Line  | <input type="checkbox"/> Oxygen Administration - specify in #2                 |  |
| <input type="checkbox"/> Dressing Change   | <input type="checkbox"/> Postural Drainage                                     |  |
| <input type="checkbox"/> Feeding: Cath Size _____ Fr.  | <input type="checkbox"/> Pulse Oximetry monitoring                             |  |
| <input type="checkbox"/> Nasogastric <input type="checkbox"/> G-Tube <input type="checkbox"/> J-Tube                                       | <input type="checkbox"/> Trach Care: Trach. Size _____                         |  |
| <input type="checkbox"/> Bolus <input type="checkbox"/> Pump <input type="checkbox"/> Gravity <input type="checkbox"/> Spec./Non-Standard* | <input type="checkbox"/> Trach Suctioning: Cath Size _____ Fr.                 |  |

**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 (initial below)

I attest student demonstrated the 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:** Formula Name: \_\_\_\_\_ Concentration: \_\_\_\_\_  
 Route: \_\_\_\_\_ Amount/Rate: \_\_\_\_\_ Duration: \_\_\_\_\_ Frequency/specific time(s) of administration: \_\_\_\_\_

**Premixing of medications and feedings by parents is no longer permissible for a nurse to administer. Nurses may prepare and mix medications and feedings for administration via G-tube as ordered by the child's primary medical provider.**

**Flush** with \_\_\_\_\_ mL \_\_\_\_\_  Before feeding  After feeding  
 **Oxygen Administration:** Amount (L): \_\_\_\_\_ Route: \_\_\_\_\_ Frequency/specific time(s) of administration: \_\_\_\_\_  
 prn  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 nurse (if one is assigned and present) in case of emergency, including adversereactions, 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: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_  MD  DO  NP  PA

Address: \_\_\_\_\_  
 Tel. No: \_\_\_\_\_ Fax No: \_\_\_\_\_ Cell phone: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

NYS License No (Required): \_\_\_\_\_ NPI No \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Practitioner's Signature: \_\_\_\_\_

학부모는 반드시 2  
페이지 서명 ➔

**의료 처방 치료(비약물)에 대한 제공 요청**  
의료제공자 투약 지시 양식 | 학교 보건 담당실 | 2022-2023 학년도  
학교 간호사에게 제출하십시오. 6월 1일 이후 제출된 양식은 새 학년도 처리가 지연될 수 있습니다.

**학부모/보호자는 읽고, 작성한 후 서명: 아래 서명함으로써, 저는 다음과 같은 내용에 동의합니다:**

- 저는 자녀의 의료 보건 담당자가 지시한 대로 학교에 아이의 의료 비품, 기구 및 처방 치료를 보관하고 사용하는 것에 동의합니다.
- 저는 다음 사항을 이해합니다:
  - 저는 학교 간호사에게 반드시 자녀의 의료 비품, 기구 및 치료를 제공해야 합니다.
  - 학교에 제공하는 모든 비품은 개봉하지 않은 새것으로 원래의 박스나 병 그대로 가져가겠습니다. 학교에 자녀가 학교 생활 중 사용할 수 있도록 유효기간이 지나지 않은 최신 제품을 제공하겠습니다.
    - 비품, 기구, 치료에 자녀의 이름 및 생년월일을 부착해야 합니다.
  - 저는 자녀의 치료나 의료 보건 담당자의 지시가 변경되면 즉시 학교 간호사에게 반드시 알려야 합니다.
  - 저는 학교 보건 담당실(OSH) 및 상기 의료 서비스를 자녀에게 제공하는데 관련된 소속 에이전트가 본 양식에 제공된 정보의 정확함에 의존함을 알고 있습니다.
  - 저는 본 양식에 서명함으로써 OSH가 자녀에게 보건 서비스를 제공하도록 허가합니다. 이 서비스에는 OSH 의료 제공자 또는 간호사의 임상 평가 및 신체 검사가 포함되나 이에만 국한되지는 않습니다.
  - 이 양식의 치료 안내/지시는 서머 세션을 포함한 자녀의 학년 말 또는 학교 간호사에게 새로운 양식을 제공할 때 (둘 중 이른 시점) 만료됩니다. 이 약품 안내가 만료되면 저는 자녀의 학교 간호사에게 자녀의 의료 보건 제공자가 작성한 새로운 MAF를 제출하겠습니다. OSH는 향후 MAF 작성에 제 서명을 필요로 하지 않습니다.
  - 이 양식은 양식에 설명된 의료 서비스에 대한 본인의 동의 및 요청을 대변합니다. 이것이 OSH가 요청한 서비스를 제공하겠다는 동의가 아닙니다. OSH가 이런 서비스를 제공하겠다고 결정하면 자녀는 학생 조정계획(Student Accommodation Plan)이 필요할 수 있습니다. 이 계획은 학교가 작성할 것입니다.
  - 자녀에게 케어 또는 치료를 제공할 목적으로 OSH는 자녀의 의료 상태, 약품 또는 치료에 대해 필요하다고 생각하는 정보를 얻을 수 있습니다. OSH는 자녀에게 의료 서비스를 제공하는 의료 보건 제공자, 간호사 또는 약사에게서 이 정보를 입수할 수 있습니다.

**자가 치료(독립적인 학생만 해당):**

- 저는 자녀가 스스로 치료하도록 완전히 훈련되어 있고 복용할 수 있음을 보증/확인합니다. 또한 저는 자녀가 양식에 명시된 치료를 학교에서 소지, 보관 및 자가 투여하는 것에 동의합니다. 상기 설명과 같이 명시된 비품 및 기구를 자녀에게 주는 것은 제 책임입니다. 자녀의 해당 치료를 모니터링하며 학교에서 자기 치료한 모든 결과에 대한 책임이 본인에게 있음을 인지합니다. 제 아이가 학교에서 약품을 자기 치료할 능력이 있는지 학교 간호사가 확인할 것입니다. 또한 본인은 자가 치료가 불가능할 경우를 대비해 학교에 명확히 명시된 "여분"의 기구 또는 비품을 제공할 것에 동의합니다.

**학부모가 미리 섞은 약품이나 섭취물은 간호사가 투약하는데 허용되지 않습니다. 간호사가 자녀의 주 의료 제공자가 지시한 대로 투약을 위해 약품 및 섭취물을 준비하고 섞게 됩니다.**

학생 성: \_\_\_\_\_ 이름: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_

학교 ATSDBN/이름: \_\_\_\_\_ 보호: \_\_\_\_\_ 학군: \_\_\_\_\_

학부모/보호자 이메일: \_\_\_\_\_ 학부모/보호자의 주소: \_\_\_\_\_

전화번호: 주중: \_\_\_\_\_ 집: \_\_\_\_\_ 핸드폰\*: \_\_\_\_\_

학부모/보호자 성명: \_\_\_\_\_ 학부모/보호자의 서명: \_\_\_\_\_ 서명 날짜: \_\_\_\_\_

기타 비상 연락처:

성명: \_\_\_\_\_ 학생과의 관계: \_\_\_\_\_ 연락처: \_\_\_\_\_

**For Office of School Health (OSH) Use Only / 학교 보건 담당실(OSH) 전용**

OSIS Number: \_\_\_\_\_

Received by: Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

504  IEP  Other 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 as per OSH contact with prescribing health care practitioner:  Clarified  Modified

\*Confidential information should not be sent by e-mail.

FOR PRINT USE ONLY