

不要填寫以下部分
FOR DOE/DOHMH USE:

504 IEP OTHER

2009-2010 學年
處方治療（非藥物類）申請表

學生姓名： 姓： _____ 名： _____ 中名： _____

男： _____ 女： _____ 出生日期（月/日/年）： _____ 學生身分證號碼： _____

行政區： _____ 學區： _____ 學校： _____ 年級： _____ 班級： _____

學校地址： _____ 郵政編號： _____

Part I: Physician's Statement/Order

(Attach prescription(s)/additional sheet(s) if necessary to provide requested information and medical authorization).

Clean Intermittent Catheterization
Central Venous Line
Gastrostomy Feeding
Naso-Gastric Feeding

Tracheostomy Care
Oral/Pharyngeal Suctioning
Oxygen Administration
Ostomy Care

Chest Clapping
Percussion
Postural Drainage
Dressing Change

Other _____

1. Diagnosis _____

2. Treatment required in school _____

3. Specific instructions for providing treatment _____

4. Frequency/time to be provided _____

5. Conditions under which treatment should not be provided _____

6. Date(s) when treatment should be initiated _____ terminated _____

7. Possible side effects/adverse reactions to treatment _____

8. Specific instructions for non-medical school personnel in case of adverse reactions _____

9. Specific instructions for nurse (if one is assigned and present) in case of adverse reactions _____

10. Diagnosis is substantially controlled with provision of medically prescribed treatment Yes _____ No _____

11. Diagnosis is self-limited Yes _____ No _____

Physician's Name (Print) _____

Physician's Signature _____

Physician/Clinic's Address _____

NYS Registration No. _____

Date Signed _____

Zip Code _____

Physician/Clinic's Telephone No. _____

Physician/Clinic's Fax No. _____

不要填寫以下部分 FOR DOE/DOHMH USE: Revisions as per DOE/ DOHMH contact with prescribing physician

2009-2010 學年
處方治療之提供:
家長/監護人同意和授權書

本人謹此授權根據附上的本人子女醫生的指示，向本人子女提供處方治療。本人明白本人必須提供所有必要的器材和用品，以及當上述的處方或指示有任何改變時，本人必須立即通知校長和/或其指定的代表，特別是學校的護士。

本人明白這份授權書僅在下列兩個日期中的較早日期之前有效：（1）**2010年6月30日**（如果學生參加紐約市教育局（以下簡稱「教育局」）主辦的暑期教學計劃，則本有效期可能延至**8月底**）；或（2）本人將本人子女的醫生就上述處方治療的提供而開出的新處方或指示交予校長和/或其指定的代表的時候。

本人遞交這份「處方治療（非藥物類）申請表」，是爲了要求教育局和紐約市健康及心理衛生局（**Department of Health and Mental Hygiene**，簡稱 **DOHMH**）透過學校健康辦公室（**Office of School Health**，簡稱 **OSH**），為本人的子女提供特定的健康服務。這份表格包括關於提供上述所要求的健康服務的全部和完整的說明。本人明白，教育局、**DOHMH** 和它們的代理人及涉及提供上述所要求的健康服務的僱員，全靠在這表格上所提供的資訊的準確性來提供服務。本人希望本人子女所接受的健康服務是按照在這表格上所提供的資訊和說明而提供的。本人明白，我有責任提供上述要求的非藥物類處方治療所必需的所有器材和用品。

本人知道這表格並不是教育局或 **DOHMH** 提出的協議，以提供本人所要求的服務，而是本人要求、同意和授權此類服務。如果這些服務一旦被確定是必要的，「學生特殊照顧計劃」（**Student Accommodation Plan**）也可能有必要提供，而這份計劃將由校方負責填寫。

本人謹此授權教育局或 **DOHMH** 以及它們的僱員及代理人，可以聯絡、諮詢任何保健機構和/或藥劑師並向其索取任何他們認爲適當的進一步的資訊，這些資訊涉及本人子女的醫療狀況、用藥和/或治療。

請在下面清楚填寫家長/監護人的姓名及地址：

家長/監護人簽名

簽署的日期

日間電話號碼/住宅電話號碼

不要填寫以下部分
(FOR DOE AND DOHMH ONLY)

Student's Name: _____	OSIS No: _____
Received by: _____ Name Date	Reviewed by: _____ Name Date
Referred to School 504 Coordinator: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Services provided by: <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> DOHMH Public Health Adv. <input type="checkbox"/> School Based Health Center <input type="checkbox"/> DOE School Staff	
Self-Directs Treatment: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Signature and Title: _____ (RN OR SMD)	_____ (Date school notified and form forwarded to DOE liaison)