

Prince William 카운티 공립학교
건강 처치 계획
튜브로 음식 공급

학생 이름: _____ 생년월일: _____ 학년: _____ 학년도: ____ - ____

학교: _____ 받은 날짜: _____ 교실: _____

튜브 종류:	음식 공급 방법:	영양 종류:
<input type="checkbox"/> G 튜브 <input type="checkbox"/> GJ 튜브	<input type="checkbox"/> 펌프	<input type="checkbox"/> 분유 : _____
<input type="checkbox"/> NG 튜브 <input type="checkbox"/> J 튜브	<input type="checkbox"/> 중력	<input type="checkbox"/> 걸쭉한 음식 : _____
<input type="checkbox"/> 크기 _____	<input type="checkbox"/> 밀기	<input type="checkbox"/> 기타: _____

지시 요건:

- 각 학년도마다 새로운 의료 제공자의 지시가 필요합니다;
- 직원은 각 음식 공급 후 개별 음식 공급 일지를 작성합니다;
- 학부모/보호자는 분유 유출 시 적정량 유지를 위해 추가 분유를 제공합니다;
- 튜브가 빠지면 학부모/보호자에게 연락합니다. Prince William 카운티 공립학교 직원은 튜브를 다시 삽입하지 않습니다;
- 학부모/보호자는 음식 준비 (걸쭉하게 만들기, 걸러내기, 다지기, 깎둑썰기 등)를 준비할 책임이 있습니다; 그리고
- 학부모/보호자는 학교에서 처음 음식을 공급하게 전에 시연하게 됩니다.

위 속에 있는 가스 방출 필요: 예 아니요 빈도: _____

잔류량 검사: 예 아니오

음식 공급 중단, 잔류량이 _____ cc 이상인 경우.

음식 공급량에서 잔류량 빼기, 잔류량이 _____ - _____ cc 사이인 경우.

1 차 음식 공급 :

시간: _____ 분량: _____ 비율: _____ 세척: 음식 공급 후 _____ cc 물.

2 차 음식 공급 :

시간: _____ 분량: _____ 비율: _____ 세척: 음식 공급 후 _____ cc 물.

PRN 음식 공급:

시간: _____ 분량: _____ 비율: _____ 세척: 음식 공급 후 _____ cc 물.

음식 공급 사이에 물 공급: 예 아니오

시간(들): _____ 분량: _____

의료 서비스 제공자 이름

전화번호

의료 서비스 제공자의 서명

날짜

학부모/보호자 성함 정자로 기입

날짜

학부모/보호자 서명