



Estimados Padres de SASED:

Para continuar a proveer a su hijo con servicios de enfermería de calidad, nuestras enfermeras de SASED han sido entrenadas especialmente para reemplazar una gastrostomía o yeyunostomía de alimentación de tubos en caso de desplazamiento en la clase. SASED ha proporcionado nuestro personal de enfermería con la información apropiada y entrenamiento para poder realizar este procedimiento en el aula. Esto no reemplazará el cuidado diario regular que usted proporciona en el hogar para su hijo de alimentación tubo o cambios regulares. Por favor considere esto como una opción, pero usted tendrá que consultar con el médico de su hijo.

Si decide que desea que este servicio de enfermería, requerimos que usted y el médico de su hijo completan los formularios de autorización de SASED. Este procedimiento luego se incluirá en el plan médico de su hijo. Usted tiene el derecho en cualquier momento revocar su consentimiento a este procedimiento médico menor. Si tiene alguna pregunta específica no dude en hablar con la enfermera de su niño.

Permitiendo que nuestras enfermeras lleven a cabo estos procedimientos, reducirá al mínimo las interrupciones en que el niño experiencia para que su hijo/hija puede maximizar su participación en las actividades del aula.

Gracias por colaborar con nuestros programas de SASED. Si usted tiene alguna pregunta póngase en contacto con Susan Arvans RN. La puede localizar llamando al número 630-620-9479.

Sinceramente,

Nan Diamond
Directora Asistente de Programas y Servicios, SASED



**PHYSICIAN AUTHORIZATION
FOR
BALLOON-TYPE FEEDING TUBE REPLACEMENT IN THE SCHOOL SETTING IN CASE OF
ACCIDENTAL DISLODGEMENT OR BALLOON FAILURE**

(To be completed by physician)

DATE: _____

(Child's Name) _____ is under my medical care for _____ and has either a gastrostomy tube or jejunostomy tube to provide nutrition. I understand that daily care and reinsertion should take place in the child's home, however, in the event the gastrostomy or jejunostomy tube becomes dislodged due to balloon failure or dislodged for any reason the tube could be reinserted by appropriately trained RN's or LPN's during the school day.

(The gastrostomy tube must have been in place for minimum of four months for reinsertion in the school setting. If a gastrotomy/jejunostomy (G-J) tube becomes dislodged parents will be notified as these need to be reinserted by a physician.)

It is necessary to reinsert gastrostomy or jejunostomy tube during school hours. YES NO

Type of tube: Gastrostomy Jejunostomy

Date of initial insertion: _____

Current Brand: _____

Current Size: Diameter _____ Length _____ Balloon Size _____

Side effects/ Precaution _____

Physician Signature _____
Printed Physician Name _____
Address _____
Emergency Telephone # _____

TO BE COMPLETED BY PARENT OR LEGAL GUARDIAN:

I give permission for my child to have their gastrostomy feeding tube reinserted as directed by the physician. I request that an authorized/trained RN or LPN complete the reinsertion as ordered by the physician stated above, according to the directions given. I authorize a representative of the school to exchange information about this treatment with the above named health care provider, as needed. I waive any claims against SASED, its employees and agents, arising from the reinsertion process. I will provide all supplies needed to complete the reinsertion. I will notify the school in writing of any concerns regarding my child's gastrostomy or jejunostomy tube or feedings at all times. Orders will be updated annually or sooner if necessary.

Parent Signature _____ Date: _____

Address _____

City _____ State _____ Zip _____

Telephone (hm) _____ (wk) _____ (cell) _____