

Gastrostomy Feeding Management and Treatment Plan

Physician/Parent Authorization for Gastrostomy Feeding & Care

*This form is to be renewed annually and as changes occur: DATE OF PLAN _____
Prescribed in-school medication or procedures requiring administration via Gastrostomy tubes will be administered by a school nurse or someone properly trained by a registered nurse.

Scholar: _____ Birth date: _____ Grade: _____
Diagnosis: _____ Type of button/tube: _____

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN:

Please respond to the following questions based on your records and knowledge of the scholar's health history/concerns.

Procedure for Feeding: (Parent/guardian to provide all supplies for procedures)

- 1.) Type of formula/fluid to be given via Gastrostomy tube/button:
☐ Pre-Packaged Formula (ex: Pediasure, Jevity): _____
☐ Homemade Formula (Parent prepares at home based on physician's orders)
If Homemade formula, list the ingredients and corresponding amounts/volumes/proportions that should be included:

- 2.) Amount of formula/fluid to be given at each feeding: _____
- 3.) Total number of feedings to be given at school: _____
- 4.) Times to be administered at school (*give range of times when possible; may vary up to ½ hour to accommodate school schedule*): _____
- 5.) ☐ Administer by gravity drip or bolus feed over a period of _____ minutes.
☐ Administer by infusion pump at a rate of _____ cc's per hour.
- 6.) After each feeding, flush tubing with _____ cc's of water.
- 7.) Clean extension set and syringe/bag with warm water after each feeding.
Replace parenteral feeding bag _____. Replace extension set _____.
Additional recommendations: _____

2. Special Considerations:

- 1.) The scholar's head and shoulders should be raised 45 degrees or more during feedings. The right side lying position may be used if a sitting position is contraindicated. Other positions for this child: _____

- 2.) Procedure for checking residuals, if prescribed: _____

- 3.) Procedure for clearing button if clogged: _____
- 4.) Infusion changes for moderate to severe gagging during feeding: _____
- 5.) Recommendations for care of skin around g-tube stoma site: _____
- 6.) Other considerations/instructions: _____

*****In the event that the tube becomes dislodged, the parent will be notified and EMS contacted if needed. Uplift Education's staff does not replace dislodged tubes.**

Gastrostomy Feeding Management and Treatment Plan

3. Oral Feedings:

1.) ☐ This scholar MAY have foods/liquids by mouth. ☐ This scholar MAY NOT have any foods/liquids by mouth.

2.) **TEXTURE MODIFICATION:** ☐ Thin pureed ☐ Thick pureed ☐ Ground
☐ Mechanical soft ☐ Regular ☐ Other: _____

LIQUID MODIFICATION: ☐ Thin/regular ☐ Nectar ☐ Thin pudding/honey ☐ Thick pudding

3.) Amount of food/liquid to be given at each **oral** feeding: _____

4.) Times during the school day for **oral** feedings: _____

5.) Special **oral** feeding techniques/instructions: _____

Physician Name (please print): _____ **Signature** _____ **Date** _____

Clinic/facility _____ **Phone** _____ **Fax** _____

Clinical Dietitian: _____ **Phone** _____

TO BE COMPLETED BY THE PARENT:

I the undersigned, the parent/legal guardian of _____ request that the above Gastrostomy Feeding Management and Treatment Plan be implemented for my scholar. Delivery of this form to the school nurse constitutes my participation in developing this Plan, and is my consent to implement this Plan. I will notify the school immediately if the health status of my child changes, if I change physicians or emergency contact information, or if the procedure is canceled or changes in any way. I understand that my scholar's health information may be shared with individual employees with Uplift Education on a need to know basis.

If the physician has prescribed a homemade formula for my child, I agree to follow the recipe as indicated on page 1 of this document for feedings to be given at school.

Signature _____ Relationship _____ Date _____

Phone (Hm) _____ (Wk) _____ (Cell) _____

Plan de tratamiento y control de la alimentación por gastrostomía

Autorización del médico/padre/madre para el cuidado y la alimentación por gastrostomía

* Este formulario debe renovarse anualmente y a medida que se produzcan cambios. FECHA DEL PLAN: _____
Los medicamentos o procedimientos prescritos en la escuela que requieran la administración a través de sondas de gastrostomía serán administrados por un enfermero de la escuela o por alguien debidamente capacitado por un enfermero registrado.

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____
Diagnóstico: _____ Tipo de botón/sonda: _____

PARA QUE COMPLETE EL MÉDICO:

Responda a las siguientes preguntas basándose en sus registros y en su conocimiento del historial/preocupaciones de salud del estudiante.

Procedimiento para la alimentación: (Los padres/tutores deben proporcionar todos los suministros para los procedimientos).

3.) Tipo de fórmula/líquido que se administrará a través de la sonda/botón de gastrostomía:

☐ Fórmula preenvasada (p. ej., Pediasure, Jevity): _____

☐ Fórmula casera (los padres la preparan en casa por prescripción médica).

Si se trata de una fórmula casera, enumere los ingredientes y las cantidades/volúmenes/proporciones correspondientes que deben incluirse:

2.) Cantidad de fórmula/líquido que se dará en cada toma de alimentos: _____

3.) Número total de tomas de alimentos administradas en la escuela: _____

4.) Horarios de administración en la escuela (*indique el intervalo de horarios cuando sea posible; puede variar hasta ½ hora para adaptarse al horario escolar*): _____

5.) ☐ Administración mediante goteo por gravedad o alimentación en bolo durante un período de _____ minutos.

☐ Administración mediante bomba de infusión a un ritmo de _____ cc por hora.

6.) Después de cada toma de alimentos, lave el tubo con _____ cc de agua.

7.) Limpie el juego de extensión y la jeringa/bolsa con agua tibia después de cada toma de alimentos.

Sustituya la bolsa de alimentación parenteral _____. Sustituya el juego de extensión _____.

Recomendaciones adicionales: _____

2. Consideraciones especiales:

1.) La cabeza y los hombros del estudiante deben estar elevados 45 grados o más durante las tomas de alimentos. La posición acostada del lado derecho puede usarse si la posición sentada está contraindicada. Otras posiciones para este niño: _____

2.) Procedimiento para comprobar los residuos, si está prescrito: _____

6.) Procedimiento para limpiar el botón si está obstruido: _____

7.) Cambios de infusión en caso de náuseas moderadas o graves durante la alimentación: _____

8.) Recomendaciones para el cuidado de la piel alrededor del sitio del estoma de la sonda gástrica: _____

6.) Otras consideraciones/instrucciones: _____

*** En caso de que la sonda se desprenda, se avisará a los padres y, si es necesario, se contactará al Servicio de Emergencias Médicas. El personal de Uplift Education no sustituye las sondas que se hayan desprendido.

Plan de tratamiento y control de la alimentación por gastrostomía

3. Alimentación oral:

- 1.) ☐ Este estudiante PUEDE ingerir alimentos/líquidos por vía oral. ☐ Este estudiante NO PUEDE ingerir alimentos/líquidos por vía oral.

- 4.) **MODIFICACIÓN DE LA TEXTURA:** ☐ Puré claro ☐ Puré espeso ☐ Molido
☐ Mecánicamente suave ☐ Regular ☐ Otro: _____

MODIFICACIÓN DEL LÍQUIDO: ☐ Claro/regular ☐ Néctar ☐ Pudín claro/miel ☐ Pudín espeso

- 3.) Cantidad de alimento/líquido que debe administrarse en cada toma **oral** de alimentos: _____
4.) Horarios durante la jornada escolar para las tomas **orales** de alimentos: _____
5.) Técnicas/instrucciones especiales de alimentación **oral**: _____

Nombre del médico (en letra de imprenta): _____ Firma _____ Fecha _____

Clínica/centro _____ Teléfono _____ Fax _____

Nutricionista clínico: _____ Teléfono _____

PARA QUE COMPLETEN LOS PADRES:

Yo, el abajo firmante, padre/madre/tutor legal de _____, solicito que se implemente para mi estudiante el Plan de tratamiento y control de la alimentación por gastrostomía anteriormente mencionado. La entrega de este formulario al enfermero de la escuela constituye mi participación en el desarrollo de este Plan y es mi consentimiento para implementar este Plan. Notificaré a la escuela inmediatamente si el estado de salud de mi hijo cambia, si cambio de médico o de información de contacto de emergencia, o si el procedimiento se cancela o cambia de alguna manera. Entiendo que la información de salud de mi estudiante puede ser compartida con los empleados individuales de Uplift Education según sea necesario.

Si el médico ha recetado una fórmula casera para mi hijo, me comprometo a seguir la receta como se indica en la página 1 de este documento para la alimentación que se dará en la escuela.

Firma _____ Relación _____ Fecha _____

Teléfono (casa) _____ (trabajo) _____ (móvil) _____