

PSYCHIATRIST/ PSYCHOLOGIST VERIFICATION/ VÉRIFICATION DU PSYCHIATRE/PSYCHOLOGUE : Emotional Conditions/Conditions émotionnelles

This form is used to obtain the recommendation of a **licensed psychiatrist, licensed psychologist, or licensed psychiatric mental health nurse practitioner** to initiate Home and Hospital Teaching (HHT) services for students who have an emotional condition that renders them unable to attend school. School personnel may need to contact the referring physician for additional information necessary to determine service need. Services may be denied if the referring psychiatrist, licensed psychologist, or licensed psychiatric mental health nurse practitioner cannot be reached within three days of the initial attempt to make contact. Your signature below provides authorization for the physician or clinician to **release information** to PGCPS staff and for PGCPS staff to **release information** to the physician or clinician. /

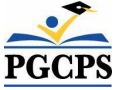
*Ce formulaire est utilisé pour obtenir la recommandation d'un psychiatre agréé, d'un psychologue agréé ou d'un infirmier praticien agréé en santé mentale psychiatrique afin de mettre en place des services d'enseignement à domicile et en milieu hospitalier (HHT) pour les élèves dont l'état émotionnel les rend incapables de fréquenter l'école. Le personnel de l'école peut avoir besoin de contacter le médecin traitant pour obtenir les informations supplémentaires nécessaires à la détermination du besoin de services. Les services peuvent être refusés si le psychiatre, le psychologue agréé ou le personnel infirmier praticien agréé en santé mentale ne peut être joint dans les trois jours suivant la première tentative de contact. Votre signature ci-dessous autorise le médecin ou le clinicien à communiquer des informations au personnel de PGCPS et le personnel de PGCPS à **communiquer des informations** au médecin ou au clinicien.*

Signature du parent : _____

Date : _____

Information for Mental Health Provider Consideration/Informations à l'attention des prestataires de soins de santé mentale :

- Home and Hospital Teaching is for students who are unable to attend school due to a physical or emotional condition during a period of convalescence or treatment in a medical institution, therapeutic treatment center, and/or student's place or residence./L'enseignement à domicile et à l'hôpital s'adresse aux élèves qui ne peuvent pas fréquenter l'école en raison d'un état physique ou émotionnel pendant une période de convalescence ou de traitement dans un établissement médical, un centre de traitement thérapeutique et/ou le lieu de résidence de l'élève.
- Home and Hospital Teaching is for students experiencing hospitalization or convalescence that leads to continuous absence of 20 or more school days or for students experiencing chronic conditions that lead to recurring, intermittent absences of 3 or more consecutive school days./L'enseignement à domicile et à l'hôpital s'adresse aux élèves qui subissent une hospitalisation ou une convalescence entraînant une absence continue de 20 jours de classe ou plus, ou aux élèves souffrant de maladies chroniques entraînant des absences récurrentes et intermittentes de 3 jours de classe consécutifs ou plus.
- In many cases, the school team may be able to work with the family of a student experiencing an emotional condition to accommodate the student in school. Parents/guardians should consult with school teams about available accommodations./Dans de nombreux cas, l'équipe scolaire peut être en mesure de travailler avec la famille d'un élève souffrant d'un trouble émotionnel afin d'accueillir l'élève à l'école. Les parents/tuteurs doivent consulter les équipes scolaires pour connaître les aménagements possibles.
- Accommodations that may be available in some cases should be discussed by the parent/guardian and the school team./Les aménagements qui peuvent être disponibles dans certains cas doivent être discutés par le parent/tuteur et l'équipe de l'école.
- Home and Hospital Teaching is not intended to replace school attendance (35 hours of instruction per week). /L'enseignement à domicile et à l'hôpital n'est pas destiné à remplacer l'enseignement scolaire (35 heures de cours par semaine).
- School systems are not permitted to use Home and Hospital Teaching as an alternative setting while awaiting a change in placement./Les systèmes scolaires ne sont pas autorisés à utiliser l'enseignement à domicile et à l'hôpital comme cadre alternatif dans l'attente d'un changement de placement.
- Approved students receiving Home and Hospital Teaching receive approximately 6 hours of instruction per week/ Les étudiants approuvés recevant un enseignement à domicile et à l'hôpital reçoivent environ 6 heures de cours par semaine.
- A new verification form is required for continuation of service beyond 60 calendar days. / Un nouveau formulaire de vérification est requis pour la poursuite du service au-delà des 60 jours civils.
- Additional pertinent medical information regarding the student's case may be attached for review. / D'autres informations médicales pertinentes concernant le cas de l'étudiant peuvent être jointes pour examen.



**PSYCHIATRIST/ PSYCHOLOGIST VERIFICATION/ VÉRIFICATION DU
PSYCHIATRE/PSYCHOLOGUE : Emotional Conditions/Conditions émotionnelles**

- Prince George's County Public Schools **does not offer online or virtual school** instead of regular school attendance / Les Écoles publiques du comté de Prince George **ne proposent pas de cours en ligne ou virtuels** en lieu et place de la fréquentation scolaire normale.

Student Information / Information de l'élève :

Student Name:/Nom de l'élève :

Date of Birth:/Date de naissance :

School Name:/Nom de l'école :

Student Grade:/Classe de l'élève :

Student PGCPS ID#:/Numéro d'identité PGCPS de l'élève :

**Medical Information for Home & Hospital Teaching Determination/
Informations médicales pour la détermination de l'enseignement à domicile et à l'hôpital**

1. Diagnosis and DSM-5-TR or ICD-10 code(s) that prevent the student from attending school for 20 or more days/ Diagnostic et code(s) DSM-5-TR ou ICD-10 empêchant l'élève de fréquenter l'école pendant 20 jours ou plus.	
2. I am the provider who provides medication management for the above-named student. / Je suis le prestataire qui assure la gestion des médicaments pour l'élève susmentionné.	NO/NON <input type="checkbox"/> YES/OUI
3. I am the provider who provides mental health/behavioral therapy for the student named above / Je suis le prestataire qui fournit la santé mentale/thérapie comportementale à l'étudiant nommé ci-dessus.	NO/NON <input type="checkbox"/> YES/OUI
4. Date of first appointment with the above-named student./Date du premier rendez-vous avec l'élève susmentionné.	
5. Date of most recent appointment with the above-named student / Date du dernier rendez-vous avec l'élève susmentionné.	
6. Based on the condition in question #1, the above-named student is... / Sur la base de la condition énoncée à la question 1, l'élève susmentionné est...	<p>Unable to attend school for 20 or more consecutive days/Incapacité de fréquenter l'école pendant 20 jours consécutifs ou plus</p> <p>Able to attend school intermittently as health permits/ Capacité à fréquenter l'école de façon intermittente, en fonction de l'état de santé</p>



**PSYCHIATRIST/ PSYCHOLOGIST VERIFICATION/ VÉRIFICATION DU
PSYCHIATRE/PSYCHOLOGUE : Emotional Conditions/Conditions émotionnelles**

7. If the student is **UNABLE TO ATTEND SCHOOL** explain how the student's emotional condition and/or treatment prevents the student from attending school for 20 or more days. / *Si l'élève est **INCAPABLE DE FRÉQUENTER L'ÉCOLE**, expliquez comment l'état émotionnel et/ou le traitement de l'élève l'empêche de se présenter à l'école pendant 20 jours ou plus.*

Recommendations to assist the student with returning to school (Select all that apply.) / *Recommandations pour aider l'élève à retourner à l'école (Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.)*

Accommodations/Modifications to student workload (provide examples) / *Accommodements/Modifications de la charge de travail de l'étudiant (fournir des exemples)*

Accommodations/Modifications to school day (provide examples) / *Accommodements/Modifications de la journée scolaire (fournir des exemples)*

Other / Autre:

8. If the student can **ATTEND INTERMITTENTLY AS HEALTH PERMITS** explain how the student's emotional condition and/or treatment may affect the student's attendance or functioning at school / *Si l'élève peut **FREQUENTER DE MANIÈRE INTERMITTENTE SELON SON ÉTAT DE SANTÉ**, expliquez comment l'état émotionnel de l'élève et/ou son traitement peuvent affecter son assiduité ou son fonctionnement à l'école.*

Recommendations to support school attendance and participation within the school building / *Recommandations pour favoriser l'assiduité scolaire et la participation au sein de l'établissement scolaire :*

Accommodations/Modifications to student workload (provide examples) / *Accommodements/Modifications de la charge de travail de l'étudiant (fournir des exemples)*

Accommodations/Modifications to the school day or schedule (provide examples) / *Accommodements/Modifications de la journée ou de l'horaire scolaire (fournir des exemples)*

Check-ins with Professional School Counselor or School Mental Health Clinician / *Les contrôles avec le conseiller scolaire professionnel ou le clinicien en santé mentale de l'école*

Other / Autre:

9. Is the student currently taking medication? / *L'élève prend-il actuellement des médicaments ?*

NO/NON YES/OUI

10. Provide the names of the medication and dosage. / *Indiquez le nom des médicaments et la posologie.*



**PSYCHIATRIST/ PSYCHOLOGIST VERIFICATION/ VÉRIFICATION DU
PSYCHIATRE/PSYCHOLOGUE : Emotional Conditions/Conditions émotionnelles**

11. Has treatment of this emotional condition required hospitalization or time in a residential facility?/Le traitement de cet état émotionnel a-t-il nécessité une hospitalisation ou un séjour dans un établissement résidentiel ?	<p align="center">NO/NON YES/OUI</p> <p>If yes, provide names of facilities and dates of stays:/Si oui, indiquez le nom de l'établissement et la date du séjour :</p>
12. I have provided a copy of the treatment plan and therapy goals for this student to be submitted with this form. /J'ai fourni une copie du plan de traitement de l'élève à joindre à ce formulaire. NOTE/REMARQUE: A treatment plan with therapy goals must be submitted with this form. /Un plan de traitement doit être joint à ce formulaire.	<p align="center">NO/NON YES/OUI</p>
13. Date HHT services should begin/Date à laquelle les services de HHT devraient commencer :	
14. Anticipated duration of service (WEEKS ONLY):/Durée prévue du service (SEMAINES UNIQUEMENT) : NOTE/REMARQUE : If approved, a new form must be submitted every 60 days./En cas d'approbation, un nouveau formulaire doit être soumis tous les 60 jours.	

Health Care Provider Verification/Vérification du prestataire de soins de santé

Health Care Provider's Name and Title (Print):/Nom et titre du prestataire de soins de santé (en majuscules) :	
Health Care Provider:/Prestataire de soins de santé :	<p align="center">Licensed Psychiatrist/Psychiatre agréé Licensed Psychologist/Psychologue agréé Licensed Psychiatric Mental Health Nurse Practitioner/Infirmier(e) praticien(ne) diplômé(e) en santé mentale psychiatrique</p>
License Number:/Numéro de licence :	Contact Phone Number:/ Numéro de téléphone :
Email Address (For School Psychologist Consult):/Adresse électronique (pour les consultations avec les psychologues scolaires) :	

This form is valid for 60 days from the date of physician's signature./Ce formulaire est valable 60 jours à compter de la date de signature du médecin.

Health Care Provider's Signature:/Signature du prestataire de soins de santé : _____

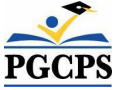
Date : _____

**Review by PGCPS Office of Psychological Services ONLY/ Examen par le bureau des services psychologiques de PGCPS
UNIQUEMENT**

The Office of Psychological Services has reviewed this referral for Home and Hospital Teaching and is indicating the following:/Le Bureau des services psychologiques a examiné cette demande d'enseignement à domicile et en milieu hospitalier et indique ce qui suit :

School Psychologist reviewed the referral documentation and SUPPORTS the recommendation for HHT services./Le psychologue scolaire a examiné les documents d'orientation et SOUTIENT la recommandation de services de santé mentale.

Office of Psychological Services Supervisor/Coordinator SUPPORTS the recommendation of HHT services./Le superviseur/coordonnateur du Bureau des services psychologiques SOUTIENT la recommandation de services de santé



**PSYCHIATRIST/ PSYCHOLOGIST VERIFICATION/ VÉRIFICATION DU
PSYCHIATRE/PSYCHOLOGUE : Emotional Conditions/Conditions émotionnelles**

mentale.

School Psychologist reviewed the referral documentation and DOES NOT support the recommendation for HHT services./Le psychologue scolaire a examiné les documents d'orientation et NE SOUTIENT PAS la recommandation de services de santé mentale.

Office of Psychological Services Supervisor/Coordinator DOES NOT support the recommendation of HHT services./Le superviseur/coordonnateur du Bureau des services psychologiques NE SOUTIENT PAS la recommandation de services de santé mentale.

**Signature PGCPS Office of Psychological Services Supervisor/Coordinator:/Signature du
superviseur/coordonnateur du Bureau des services psychologiques de PGCPS :**

Date :
