



**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** in order 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 make a determination of eligibility. Services may be denied if the referring psychiatrist, licensed psychologist, or licensed psychiatric mental health nurse practitioner cannot be reached within five days of the initial attempt to make contact. Your signature below provides authorization for the physician **release information** to PGCPS staff.

Ce formulaire est utilisé pour obtenir la recommandation d'un psychiatre, un psychologue ou un personnel infirmier praticien en psychiatrie et santé mentale agréé afin de mettre en place des services d'enseignement à domicile et à l'hôpital (HHT en anglais) pour les élèves dont l'état physique les empêche de fréquenter l'école. Le personnel de l'école peut avoir besoin de contacter le médecin traitant pour obtenir des informations supplémentaires nécessaires à la détermination de l'éligibilité. 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 cinq jours suivant la première tentative de contact. Votre signature ci-dessous autorise le médecin à communiquer des informations au personnel de PGCPS.

**Parent signature/
Signature du parent:**

Date:

Information for Mental Health Provider Consideration:

- 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.
- Accommodations that may be available in some cases should be discussed by the parent/guardian and the school team.
- Home and Hospital Teaching is not intended to replace school attendance (35 hours of instruction per week).
- Approved students receiving Home and Hospital Teaching receive approximately 6 hours of instruction per week.
- A new verification form is required for continuation of service beyond 60 calendar days.
- Additional pertinent medical information regarding the students case may be attached for review.
- Prince George's County Public Schools **does not offer online or virtual school** in lieu of regular school attendance.

Informations à l'attention des prestataires de soins de santé mentale :

- 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 aménagements qui peuvent être disponibles dans certains cas doivent être discutés par le parent/tuteur et l'équipe de l'école.
- L'enseignement à domicile et à l'hôpital n'est pas destiné à remplacer l'enseignement scolaire (35 heures de cours par semaine).
- Les étudiants approuvés recevant un enseignement à domicile et à l'hôpital reçoivent environ 6 heures de cours par semaine.
- Un nouveau dossier de candidature est requis pour la poursuite du service tous les 60 jours civils.
- D'autres informations médicales pertinentes concernant le cas de l'étudiant peuvent être jointes pour examen.
- 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:



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

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

1. Indicate the diagnosis and DSM-V code that will prevent the student from attending school for 20 or more days. <i>Indiquez le diagnostic et le code DSM-V qui empêchera l'élève de fréquenter l'école pendant 20 jours ou plus.</i>	
2. I am the healthcare provider that will be treating and continuing the treatment or supervision of this student. <i>Je suis le prestataire de soins de santé qui traitera et poursuivra le traitement ou la supervision de cet élève.</i>	<input type="checkbox"/> NO/ <i>NON</i> <input type="checkbox"/> YES/ <i>OUI</i>
3. Date of most recent appointment with the above named student. <i>Date du dernier rendez-vous avec l'élève susmentionné</i>	
4. Is the student currently taking medication? <i>L'élève prend-il actuellement des médicaments ?</i>	<input type="checkbox"/> NO/ <i>NON</i> <input type="checkbox"/> YES/ <i>OUI</i>
5. Provide the names of the medication and dosage. <i>Indiquez le nom des médicaments et la posologie.</i>	
6. This incidence of emotional distress so acute as to be critical to the above named students emotional or physical well-being and renders them <i>Cette incidence de la détresse émotionnelle est si aiguë qu'elle est critique pour le bien-être émotionnel ou physique de l'étudiant susmentionné et le rend</i>	<input type="checkbox"/> Unable to attend school / <i>Incapable de fréquenter l'école</i> <input type="checkbox"/> Able to attend school intermittently as health permits / <i>Capable de fréquenter l'école de façon intermittente, en fonction de l'état de santé</i>
7. If the student is UNABLE TO ATTEND SCHOOL . Describe how the student's emotional condition renders the student unable to attend school based on the diagnosis in question #1 (additional information may be attached). <i>Si l'élève est dans l'IMPOSSIBILITÉ DE FRÉQUENTER L'ÉCOLE. Décrivez comment l'état de santé de l'élève le rend incapable de fréquenter l'école sur la base du diagnostic posé à la question 1 (des informations supplémentaires peuvent être jointes).</i>	
8. If the student is ABLE TO ATTEND INTERMITTENTLY AS HEALTH PERMITS . Describe how the student's emotional condition renders the student able to attend school intermittently as health permits based on the diagnosis in question #1 (additional information may be attached). <i>Si l'élève est CAPABLE D'ASSISTER AUX COURS PAR INTERMITTENCE QUAND SA SANTÉ LE PERMET. Décrivez comment l'état de santé de l'élève lui permet de fréquenter l'école par intermittence si son état de santé le permet, sur la base du diagnostic établi à la question 1 (des informations supplémentaires peuvent être jointes).</i>	
9. Recommendations regarding school participation: <i>Recommandations concernant la participation scolaire :</i>	



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

<p>10. I have provided a copy of the treatment plan for this student to be submitted with this form. NOTE: A treatment plan must be submitted with this form. J'ai fourni une copie du plan de traitement de l'élève à joindre à ce formulaire. REMARQUE : Un plan de traitement doit être joint à ce formulaire.</p>	<p><input type="checkbox"/> NO/<i>NON</i> <input type="checkbox"/> YES/<i>OUI</i></p>
<p>11. I have provided a copy of the goals for therapy for this student to be submitted with this form. NOTE: Goals for therapy must be submitted with this form J'ai fourni une copie des objectifs thérapeutiques pour cet élève, à joindre à ce formulaire. REMARQUE: Les objectifs thérapeutiques doivent être joints à ce formulaire.</p>	<p><input type="checkbox"/> NO/<i>NON</i> <input type="checkbox"/> YES/<i>OUI</i></p>
<p>12. 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>	<p><input type="checkbox"/> NO/<i>NON</i> <input type="checkbox"/> YES/<i>OUI</i> If yes, provide name of facility and date of stay: Si oui, indiquez le nom de l'établissement et la date du séjour:</p>
<p>13. Date HHT services should begin/ Date à laquelle les services de HHT devraient commencer:</p>	<p>14. Anticipated duration of service (WEEKS ONLY): Durée prévue du service (SEMAINES UNIQUEMENT):</p> <p>NOTE: If approved, a new form must be submitted every 60 days. REMARQUE : En cas d'approbation, un nouveau formulaire doit être soumis tous les 60 jours.</p>

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

<p>Health Care Provider's Name and Title (Print):/Nom et titre du prestataire de soins de santé (en majuscules):</p>	
<p>Health Care Provider: Prestataire de soins de santé:</p>	<p><input type="checkbox"/> Psychiatre agréé <input type="checkbox"/> Psychologue agréé <input type="checkbox"/> Praticien en santé mentale agréé</p>
<p>License Number:/ Numéro de licence :</p>	<p>Contact Phone Number: Numéro de téléphone:</p>

**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 :



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

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

If the School Psychologist agrees with the recommendation, a draft Transition Plan must be developed and attached
Si le psychologue scolaire est d'accord avec la recommandation, un projet de plan de transition doit être élaboré et joint.

Medical documentation **supports** recommendation for HHT services./La documentation médicale **soutient** la recommandation de services HHT.

School Psychologist SUPPORTS recommendation of HHT services, draft Transition Plan has been developed and is attached/ **Le psychologue scolaire SOUTIENT** la recommandation des services HHT, un projet de plan de transition a été élaboré et est joint à la présente.

Medical documentation **DOES NOT** support recommendation for HHT services./La documentation médicale **NE PERMET PAS** de recommander les services d'un HHT.

Le psychologue scolaire NE SOUTIENT PAS la recommandation de services de santé mentale.

Signature PGCPs Psychological Services Representative:
Signature du représentant des services psychologiques de PGCPs

Date :