



结束 MLOA 截止期限

<b>学期：</b>	<b>报告提交截止期限：</b>
秋季	8 月 1 日
春季	12 月 1 日
夏季	4 月 1 日

**病假 (MLOA)治疗提供者报告**

**第 I 部分：学生填写：**

请确保此表格由在下列 MLOA

日期内提供治疗的任何提供者（如初级保健提供者、专科医生、精神科医生、治疗师、PHP、IO P 等）填写。此表格必须完整填写，并在上框中的相应期限内寄回学生关怀协调中心。

表格未填妥或迟交可能导致学生的重新入学程序延迟到下学期，需要等待新文件的提交和批准。

学生姓名：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

请假时间：\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 至 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

申请结束 MLOA 的学期：\_\_\_\_ / \_\_\_\_  
学期 学年

**第 II 部分：持证治疗提供者填写：**

上述范德比尔特大学学生已休完病假，需要返校。

该学生已知晓，其休病假期间应继续接受治疗，直到其提供者确定导致其休病假的问题得到充分解决，学生可以返校。学生应接受由医疗/心理健康专业人员确定，能够解决导致其休病假的问题的适当水平的护理。

此表格仅应由为该学生提供治疗的医疗/心理健康专业人员，或具有替代知识和专业技能的提供者（专业人员无法填写时）填写。

请根据该学生在您提供护理期间的疾病表现和进展填写此表格。

请填写以下信息并签名，然后通过以下联系方式将此报告寄回学生关怀协调中心。

必要时附上额外文件，详细阐述您的建议和学生成功返校接受全日制教学，在校健康安全、情况稳定的能力。

## 治疗信息

学生在您提供护理期间的诊断结果：

---

---

治疗日期：\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 至 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

总就诊次数：\_\_\_\_\_

学生是否遵循治疗方案：  是  否（如果未遵循，请说明情况）\_\_\_\_\_

---

请提供所提供治疗的详细信息：\_\_\_\_\_

---

---

学生在您提供护理期间的用药情况

药物治疗	开始日期	剂量/频率	稳定
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

继续用药管理建议（如果适用）：\_\_\_\_\_

---

---

该学生返校后，您会继续为其提供服务吗？  是  否

如果不会，该学生返校后是否有后续服务安排？  是  否

服务/提供商信息：\_\_\_\_\_

**学生情况评估:**

您认为该学生在您提供护理期间会对自己构成威胁吗?

如果您**正在**为该学生提供治疗, 请提供您当前的评估。  是  否

如果会, 请说明情况: \_\_\_\_\_

您认为该学生在您提供护理期间会对他人构成威胁吗?

如果您**正在**为该学生提供治疗, 请提供您当前的评估。  是  否

如果会, 请说明情况: \_\_\_\_\_

您对该学生在您提供护理期间的状况有何评估?

如果您**正在**为该学生提供治疗, 请提供您当前的评估。  很好]  一般  很差

在您提供护理期间, 该学生是否表现出能够遵照时间表正常高效行事至少 3 个月 (配合治疗方案或在治疗方案之外)?

这包括全职或兼职工作、定期从事志愿者工作、参加大学水平课程等等活动。  是  否

如果没有, 请说明情况: \_\_\_\_\_

您对该学生在下学期返校, 于范德比尔特大学严格的学术环境中接受全日制教学有什么保留意见吗?

无保留意见  保留意见

请说明: \_\_\_\_\_

**支持服务建议:**

请标明在该学生返校后, 以下哪些方案可能对其有所帮助, 并在下框中提供具体建议, 为学生提供帮助。勾选所有可能适用项。 (具体建议的示例如下: “每两周接受一次认知行为治疗(CBT)有助于继续治疗焦虑”; “每周参加一次戒酒互助会和每月进行一次精神病随访有助于继续用药管理”。)

具体建议:
-------

- 心理咨询
  - 团体  单独
- 戒毒和戒酒资源
- 无障碍便利措施 *(如果建议提供此项支持, 将需要额外文件)*
- 用药管理
- 精神病随访
- 初级或专科医疗护理
- 住校
- 减少课程负荷
- 其他 \_\_\_\_\_
- 饮食失调支持
- 营养支持
- 特殊需要住房

您和该学生讨论过这些建议了吗?  是  否  
 该学生是否同意这些建议?  是  否

**医疗保健提供者信息/签名**

*(我们可能会与您联系, 请求您提供更多详细信息)*

提供者姓名: \_\_\_\_\_

证书/专业: \_\_\_\_\_ 执照编号: \_\_\_\_\_

医学/心理健康专业领域: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_

电话: \_\_\_\_\_ 电子邮件地址: \_\_\_\_\_

签名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

请填写后通过邮寄或电子邮件方式寄回至: \_\_\_\_\_

**学生关怀协调中心**  
**ATTN : MLOA/健康档案**  
 PMB 351508, 2301 Vanderbilt Place  
 Nashville, TN 37235-1508  
 电子邮件地址: [mloa@vanderbilt.edu](mailto:mloa@vanderbilt.edu)