

طالب علم کا آخری نام	پہلا نام	درمیانہ مختصر	تاریخ پیدائش ____/____/____ سال دن مہینہ	لڑکا <input type="checkbox"/> لڑکی <input type="checkbox"/>
او ایس آئی ایس نمبر _____		وزن _____ کیلو گرام		
اسکول (ATSDBN / نام، نمبر، پتہ اور برو شامل کریں)		DOE ضلع	گریڈ	کلاس

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

Specify Allergy	Specify Allergy	Specify Allergy
<input type="checkbox"/> Allergy to _____	<input type="checkbox"/> Allergy to _____	<input type="checkbox"/> Allergy to _____
History of asthma? <input type="checkbox"/> Yes (If yes, student has an increased risk for a severe reaction) <input type="checkbox"/> No	History of anaphylaxis? <input type="checkbox"/> Yes Date ____/____/____ <input type="checkbox"/> No	Does this student have the ability to: Self-Manage (See 'Student Skill Level' below) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If yes, system affected <input type="checkbox"/> Respiratory <input type="checkbox"/> Skin <input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Neurologic	Treatment Date ____/____/____	Recognize signs of allergic reactions <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Recognize/avoid allergens independently <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Select In School Medications

1. SEVERE REACTION

A. Immediately administer epinephrine ordered below, then call 911.

- 0.15 mg
 0.3 mg

Give intramuscularly in the anterolateral thigh for **any** of the following symptoms (*retractable devices preferred*):

- Shortness of breath, wheezing, or coughing
- Pale or bluish skin color
- Weak pulse
- Many hives or redness over body
- Fainting or dizziness
- Tight or hoarse throat
- Trouble breathing or swallowing
- Lip or tongue swelling that bothers breathing
- Vomiting or diarrhea (if severe or combined with other symptoms)
- Feeling of doom, confusion, altered consciousness or agitation

Other: _____

If this box is checked, child has an extremely severe allergy to an insect sting or the following food(s): _____

Even if child has MILD symptoms after a sting or eating these foods, **give epinephrine**.

- B. If no improvement, or if symptoms recur, repeat in _____ minutes for maximum of _____ times (not to exceed a total of 3 doses)
- C. Give antihistamine after epinephrine administration (*order antihistamine below*)

Student Skill Level (select the most appropriate option)

- Nurse-Dependent Student: nurse/nurse-trained staff must administer
 Supervised Student: student self-administers, under adult supervision

Independent Student: student is self-carry/self-administer

I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/fieldtrips/school sponsored events.

Practitioner's
Initials

2. MILD REACTION

A. Give antihistamine: Name: _____ Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ Route: _____

Frequency: Q4 hours or Q6 hours as needed for **any** of the following symptoms:

- Itchy nose, sneezing, itchy mouth
- A few hives or mildly itchy skin
- Mild stomach nausea or discomfort
- Other: _____

B. If symptoms of severe allergy/anaphylaxis develop, or if more than one symptom from each system is present, use epinephrine and call 911.

Student Skill Level (select the most appropriate option)

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer
 Supervised Student: student self-administers, under adult supervision

Independent Student: student is self-carry/self-administer

I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/fieldtrips/school sponsored events.

Practitioner's
Initials

3. OTHER MEDICATION

• Give Name: _____ Preparation/Concentration: _____ Dose: _____

Route: _____ Frequency: Q _____ minutes hours as needed

Specify signs, symptoms, or situations: _____

If no improvement, indicate instructions: _____

Conditions under which medication should not be given: _____

Student Skill Level (select the most appropriate option)

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer
 Supervised Student: student self-administers, under adult supervision

Independent Student: student is self-carry/self-administer

I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/fieldtrips/school sponsored events.

Practitioner's
Initials

Home Medications (include over-the-counter)

Health Care Practitioner Name LAST
(Please print and circle one: MD, DO, NP, PA)

FIRST

Signature

Date ____/____/____

Address

NYS License # (Required)

NPI #

Tel. (____)____-____

Fax. (____)____-____

الرجیز / اینفائلیکسس (ALLERGIES/ANAPHYLAXIS) ادویات دینے کا فارم

فراہم کنندہ کے لیے دوائیاں آرڈر کرنے کا فارم | اسکول کا دفتر صحت | تعلیمی سال 2020-2021

براہ کرم اسکول نرس کو واپس کریں۔ 1 جون کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔

والدین / سرپرست ذیل کو پُر کریں

ذیل میں دستخط کرکے میں اس پر متفق ہوں کہ:

1. میں اپنے بچے کی دوا کو اسکول میں محفوظ کیے جانے اور میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات کے مطابق دیے جانے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں، میرے بچے کی دوا کے لیے درکار کسی بھی آلات کے اسکول میں محفوظ اور استعمال کیے جانے کی بھی اجازت دیتا ہوں۔
2. میں سمجھتا ہوں کہ:
 - مجھے اسکول نرس کو اپنے بچے کی دوا اور آلات دینے لازمی ہیں۔ میں اسکول کو ایپنیفرین پین اور بازگردانی (retractable) سونیاں دینے کی کوشش کرونگا۔
 - تمام نسخے والی اور "کاونٹنر پر ملنے والی" دوائیاں جو میں اسکول کو دوںگا وہ نئی، بند، اور اصل بوتل یا ڈبے میں ہونی لازمی ہیں۔ میں اپنے بچے کو اسکول کے دنوں میں استعمال کے لیے حالیہ، غیر منسوخ شدہ دوائی استعمال کرنے کے لیے فراہم کروں گا۔
 - نسخے والی دوا کے ڈبے یا بوتل پر اصل فارمیسی کا لیبل ہونا لازمی ہے۔ لیبل پر لازماً شامل ہو: (1) میرے بچے کا نام، (2) فارمیسی کا نام اور فون نمبر، (3) میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کا نام، (4) تاریخ، (5) دوبارہ بھرنے (refill) کی تعداد، (6) دوا کا نام، (7) خوراک، (8) دوا کب لی جائے، (9) دوا کیسے لی جائے اور (10) کوئی دیگر ہدایات۔
 - میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میں نے اپنے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور کے ساتھ بات کی ہے اور یہ کہ میں OSH کو میرے بچے کی دوا یا ایپنیفرین دستیاب نہ ہونے کی صورت میں ذخیرہ شدہ (اسٹاک) دوا دینے کی اجازت دیتا ہوں۔
 - مجھے اپنے بچے کی دوا یا صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات میں کسی بھی تبدیلی سے اسکول نرس کو فوراً آگاہ کرنا لازمی ہے۔
 - میرے بچے کو مذکورہ بالا صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کرنے میں معاون OSH اور اسکے کارندے اس فارم پر دی گئی معلومات کی درستگی پر انحصار کرتے ہیں۔
 - ادویات دینے کے فارم (MAF) پر دستخط کرکے، میں اسکول کے دفتر صحت (OSH) کو میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ ان خدمات لیکن انہی تک محدود نہیں، میں OSH کے طبی نگہداشت پیشہ ور یا نرس کے ذریعے کلینکل تشخیص یا ایک جسمانی معائنہ شامل ہو سکتا ہے۔
 - اس MAF میں دوا کا آرڈر میرے بچے کے تعلیمی سال کے آخر میں ختم ہوجائے گا، جس میں گرمیوں کا سیشن شامل ہو سکتا ہے، یا جب میں اسکول نرس کو ایک نیا MAF فراہم کروں (جو بھی جلد واقع ہو)۔ جب اس دوا کے آرڈر کی معیاد ختم ہوجائے گی، میں اپنے بچے کی اسکول نرس کو میرے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور کے ذریعے تحریر کردہ ایک نیا MAF فراہم کرونگا۔ OSH کو مستقبل میں MAFs کے لیے میرے دستخط کی ضرورت نہیں ہوگی۔
 - یہ فارم میری اجازت اور اس فارم میں بیان کردہ الرجی خدمات کی درخواست کی نمائندگی کرتا ہے۔ یہ OSH کی جانب سے درخواست کردہ خدمات فراہم کیے جانے کا معاہدہ نہیں ہے۔ اگر OSH یہ خدمات فراہم کرنے کا فیصلہ کرتا ہے تو میرے بچے کو ایک طلبا کے سہولیات کے منصوبے کی بھی ضرورت ہو سکتی ہے۔ یہ منصوبہ اسکول مکمل کرے گا۔
 - OSH میرے بچے کو درکار نگہداشت یا معالجے کی فراہمی کے لیے، دیگر کوئی بھی معلومات حاصل کرسکتا ہے جو انکے خیال میں میرے بچے کی طبی صورت حال، دوا یا علاج کے لیے ضروری ہے۔ OSH یہ معلومات کسی بھی طبی نگہداشت کے پیشہ ور، نرس، یا دوا فروش سے حاصل کرسکتا ہے جنہوں نے میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کی ہیں۔

ادویات کی خود-انتظامی (صرف خود مختار طلبا کے لیے):

- میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میرا بچہ مکمل تربیت یافتہ ہے اور وہ خود دوا لے سکتا / سکتی ہے۔ میں اپنے بچے کو اس فارم پر دی گئی دوا اسکول میں لانے، محفوظ کرنے اور خود سے لینے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں مذکورہ بالا کے مطابق اپنے بچے کو یہ دوا بوتلوں یا ڈبوں میں دینے کا ذمہ دار ہوں۔ میں اپنے بچے کے دوا کے استعمال کرنے، اور اسکول میں میرے بچے کے اس دوا کے استعمال کے نتائج کا بھی ذمہ دار ہوں۔ اسکول نرس میرے بچے کی دوا ساتھ رکھنے اور خود سے لینے کی اہلیت کی تصدیق کرے گی۔ میں اسکول کو "ایک اپ" دوا ایک واضح لیبل والے ڈبے یا بوتل میں دینے پر بھی رضامند ہوں۔
 - اگر میرا بچہ عارضی طور پر دوا ساتھ رکھنے اور خود سے لینے سے قاصر ہو تو میں اسکول نرس یا تربیت یافتہ اسکول عملے کو میرے بچے کو ایپنیفرین دینے کی اجازت دیتا ہوں۔
- توجہ: اگر آپ ذخیرہ استعمال کرنا چاہتے ہیں، آپکو اسکول کے تفریحی دوروں کے ایام اور / یا اسکول بعد پروگرام کے لیے ایپنیفرین، دمہ دم کش (inhaler) اور خود سے لینے والی منظور کردہ ادویات کو اپنے بچے کے ساتھ بھیجنا لازمی ہے تاکہ یہ اسے دستیاب رہیں۔ اسٹاک ادویات صرف OSH عملے کے ذریعے صرف اسکول میں استعمال کے لیے ہیں۔

طالب علم کا آخری نام	پہلا نام	درمیانے نام کا حرف	تاریخ پیدائش ___ / ___ / ___	اسکول
اسکول کا ATSDBN / نام				
والدین / سرپرست کا نام جلی حروف میں				
والدین / سرپرست کا پتہ				
ٹیلیفون نمبرز: دن کے وقت (____) _____ گھر (____) _____ سیل فون (____) _____				
بنگامی حالات میں متبادل رابطے کا نام				
رابطے کا ٹیلیفون نمبر (____) _____				

For Office of School Health (OSH) Use Only / صرف دفتر برائے اسکول میں صحت (OSH) کے استعمال کے لیے

OSIS Number:

Received by: Name _____ Date ___ / ___ / _____ Reviewed by: Name _____ Date ___ / ___ / _____

504 IEP Other Referred to School 504 Coordinator: Yes No

Services provided by: Nurse/NP OSH Public Health Advisor (For supervised students only) School Based Health Center

Signature and Title (RN OR SMD): _____ Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison ___ / ___ / _____

Revisions as per OSH contact with prescribing health care practitioner Modified Not Modified

رازداری کی معلومات کو ای میل کے ذریعے نہیں بھیجا جاتا
صرف چھپائی کے مقصد کے لیے