

دمے کی دوائی دینے کا فارم

تعلیمی سال 2021-2020 | اسکول کا دفتر صحت | دمہ کی خدمات فراہم کنندہ کے لیے ادویات آرڈر کرنے کا فارم
براہ کرم اسکول نرس کو واپس کریں۔ 1 جون 2020، کے بعد جمع کروانے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔
والدین / سرپرست ذیل میں پُر کریں

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

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

Diagnosis <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Other: _____	Control (see NAEPP Guidelines) <input type="checkbox"/> Well Controlled <input type="checkbox"/> Not Controlled / Poorly Controlled <input type="checkbox"/> Unknown	Severity (see NAEPP Guidelines) <input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Mild Persistent <input type="checkbox"/> Moderate Persistent <input type="checkbox"/> Severe Persistent
Student Asthma Risk Assessment Questionnaire (Y = Yes, N = No, U = Unknown)		
History of near-death asthma requiring mechanical ventilation	Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>	
History of life-threatening asthma (loss of consciousness or hypoxic seizure)	Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>	
History of asthma-related PICU admissions (ever)	Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>	
Received oral steroids within past 12 months	Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>	_____ times last : ____/____/____
History of asthma-related ER visits within past 12 months	Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>	_____ times
History of asthma-related hospitalizations within past 12 months	Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>	_____ times
History of food allergy or eczema, specify: _____	Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>	
Student Skill Level (Select the most appropriate option) <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers under adult supervision	<input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry/self-administer <i>I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed medication effectively for school / field trips / school sponsored events.</i>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Practitioner Initials </div>
Quick Relief In-School Medication		
Albuterol [Only generic Albuterol MDI is provided by school for shared usage] (plus individual spacer): <input type="checkbox"/> Stock <input type="checkbox"/> Parent Provided <input type="checkbox"/> MDI w/ spacer <input type="checkbox"/> DPI	<input type="checkbox"/> Other: Name: _____ Strength: _____ Dose: _____ Route: _____ Frequency: _____ hrs Give _____ puffs/_____ AMP q _____ hrs. PRN for coughing, wheezing, tight chest, difficulty breathing or shortness of breath. Monitor for 20 mins or until symptom-free. If not symptom-free within 20 mins may repeat ONCE . If in Respiratory Distress: Call 911 and give _____ puffs/ _____ AMP; may repeat q 20 minutes until EMS arrives.	
Standard Order: Give 2 puffs q 4 hrs. PRN for coughing, wheezing, tight chest, difficulty breathing or shortness of breath. Monitor for 20 mins or until symptom-free. If not symptom-free within 20 mins may repeat ONCE . If in Respiratory Distress: Call 911 and give 6 puffs; may repeat q 20 minutes until EMS arrives.	<input type="checkbox"/> Pre-exercise: 2 puffs 15-20 mins before exercise.	<input type="checkbox"/> Pre-exercise: _____ puffs/_____ AMP 15-20 mins before exercise.
<input type="checkbox"/> URI Symptoms or Recent Asthma Flare: 2 puffs @ noon for 5 school days. Special Instructions: _____	<input type="checkbox"/> URI Symptoms or Recent Asthma Flare: _____ puffs/_____ AMP @ noon for 5 school days Special Instructions: _____	
Controller Medications for In-School Administration (Recommended for Persistent Asthma, per NAEPP Guidelines)		
<input type="checkbox"/> Fluticasone [Only Flovent® 110 mcg MDI is provided by school for shared usage] <input type="checkbox"/> Stock <input type="checkbox"/> Parent Provided <input type="checkbox"/> MDI w/ spacer <input type="checkbox"/> DPI Standing Daily Dose: _____ puffs ONCE a day at _____ AM Special Instructions: _____	<input type="checkbox"/> Other ICS Standing Daily Dose: Name: _____ Strength: _____ Dose: _____ Route: _____ Frequency: _____ hrs	
Home Medications (Include over the counter)		
<input type="checkbox"/> Reliever _____	<input type="checkbox"/> Controller _____	<input type="checkbox"/> Other _____

Health Care Practitioner Name LAST (Please print and circle one: MD, DO, NP, PA)	FIRST	Signature	Date ____/____/____
Address			
NYS License # (Required)	NPI #	Tel. (____)____-____	Fax. (____)____-____

دمے کی دوائی دینے کا فارم

تعلیمی سال 2021-2020 | اسکول کا دفتر صحت | دمہ کی خدمات فراہم کنندہ کے لیے ادویات آرڈر کرنے کا فارم
براہ کرم اسکول نرس کو واپس کریں۔ 1 جون 2020، کے بعد جمع کروانے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔
والدین / سرپرست ذیل میں پُر کریں

ذیل میں دستخط کر کے 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 "کاونٹر پر ملنے والی" دوائیں جو میں اسکول کو دونگا 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 کر کے، 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۔ 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 کر سکتا 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 کر سکتا 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			برو	ضلع
والدین / سرپرست کا نام جلی حروف میں			والدین / سرپرست کے دستخط	دستخط کرنے کی تاریخ
والدین سرپرست کی ای میل			والدین / سرپرست کا پتہ	
ٹیلیفون نمبرز: دن کے وقت (____) _____ گھر (____) _____ سیل فون (____) _____				
بنگامی حالات میں متبادل رابطے کا نام			طالب علم کے ساتھ رشتہ	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