এখানে শিক্ষার্থীর ছবি সংযুক্ত করুন

অ্যাজমা জনিত ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত ফর্ম

সেবা প্রদানকারীর ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত নির্দেশনার ফর্ম | অফিস অভ স্কুল হেলথ্ | 2021-2022 শিক্ষা বছর

অনুগ্রহ করে স্কুল নার্সের কাছে ফেরত দিন। পহেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেরি হতে পারে

শিক্ষার্থীর শেষ নাম: ________________________ প্রথম নাম: ________________________ মধ্যনামের আদ্যাক্ষর:___________ জন্মতারিখ: _______________

লিঙ্গ: ☐ পুরুষ ☐ স্ত্রী OSIS নম্বর: ___________________ DOE ডিস্ট্রিক্ট: _____ গ্রেড/ক্লাস: _______

স্কুল (অন্তর্ভুক্ত করুন: ATS DBN/নাম, ঠিকানা, এবং বরো):

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW **নিচের অংশটি স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী পূরণ করবেন**

Diagnosis
- ☐ Asthma
- ☐ Other: ______________________________

Control (*see NAEPP Guidelines*)
- ☐ Well Controlled
- ☐ Not Controlled / Poorly Controlled
- ☐ Unknown

Severity (*see NAEPP Guidelines*)
- ☐ Intermittent
- ☐ Mild Persistent
- ☐ Moderate Persistent
- ☐ Severe Persistent

Student Asthma Risk Assessment Questionnaire (Y = Yes, N = No, U = Unknown)

History of near-death asthma requiring mechanical ventilation	☐ Y	☐ N	☐ U	
History of life-threatening asthma (loss of consciousness or hypoxic seizure)	☐ Y	☐ N	☐ U	
History of asthma-related PICU admissions (ever)	☐ Y	☐ N	☐ U	
Received oral steroids within past 12 months	☐ Y	☐ N	☐ U	____ times last: ______________
History of asthma-related ER visits within past 12 months	☐ Y	☐ N	☐ U	____ times last: ______________
History of asthma-related hospitalizations within past 12 months	☐ Y	☐ N	☐ U	____ times last: ______________
History of food allergy or eczema, specify: ________________________	☐ Y	☐ N	☐ U	

Student Skill Level (select the most appropriate option):

☐ Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication
☐ 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 during school, field trips, and school sponsored events - Practitioner's Initials: _____________

Quick Relief In-School Medication

☐ **Albuterol** [Only generic Albuterol MDI is provided by school for shared usage]
(plus individual spacer): ☐ Stock ☐ Parent Provided ☐ MDI w/ spacer ☐ DPI

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.

☐ **Pre-exercise:** 2 puffs 15-20 mins before exercise.
☐ **URI Symptoms/Recent Asthma Flare:** 2 puffs @noon for 5 school days.
Special Instructions:____

☐ **Other:** Name: ____________________________ Strength: ____________________________
Dose:________ Route: ________Frequency: ________ hrs
Give _____ puffs/ _____ AMP ☐ _____ 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.
☐ **Pre-exercise:** _____ puffs/ _____ AMP 15-20 mins before exercise.
☐ **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*)

☐ **Fluticasone** [Only Flovent® 110 mcg MDI is provided by school for shared usage]
☐ Stock ☐ Parent Provided ☐ MDI w/ spacer ☐ DPI
Standing Daily Dose: ____ puffs ONCE a day at ____ AM
Special Instructions:____

☐ **Other ICS Standing Daily Dose:**
Name: ___________________Strength: ________ Dose: ____Route: __________Frequency: ____ hrs

Home Medications (include over the counter) ☐ **None**

☐ Reliever: ____________________________ ☐ Controller: ___________________________ ☐ Other: ______________________________

Health Care Practitioner

Last Name (Print):_________________________ First Name (Print): _________________________ Signature: ____________________________

NYS License # (Required): ________________ **Please check one:** ☐ MD ☐ DO ☐ NP ☐ PA Date: ____________________

Tel: ________________________________ FAX: ______________________________ NPI #: ______________________________

CDC and AAP strongly recommend annual influenza vaccination for all children diagnosed with asthma.

পিতামাতা অবশ্যই 2 নং পৃষ্ঠায় স্বাক্ষর করবেন ➔

FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT
INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS.

অ্যাজমা জনিত ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত ফর্ম

সেবা প্রদানকারীর ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত নির্দেশনার ফর্ম | অফিস অভ স্কুল হেলথ্ | 2021-2022 শিক্ষা বছর

অনুগ্রহ করে স্কুল নার্সের কাছে ফেরত দিন। পহেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেরি হতে পারে

পিতামাতা/অভিভাবকগণ পড়ুন, পূরণ করুন, এবং স্বাক্ষর করুন। নিচে স্বাক্ষর দিয়ে আমি নিম্নলিখিত বিষয়গুলো মেনে নিচ্ছি:

1. আমি আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনা অনুযায়ী ঔষধ স্কুলে সংরক্ষণ করার এবং সেবন করতে দেয়ার সম্মতি দিচ্ছি। আমার সন্তানের ঔষধ সংরক্ষণ করার এবং অতঃপর স্কুলে ব্যবহার করার জন্য যদি কোনও সরঞ্জাম প্রয়োজন হয় সেগুলোর জন্যেও অনুমতি দিচ্ছি।
2. আমি বুঝি যে:
   - আমি অবশ্যই স্কুল নার্সকে নন-অ্যালবিউটেরল ইনহেলার (non-albuterol inhaler) সহ আমার সন্তানের ঔষধ এবং সরঞ্জাম দিব।
   - **আমি যেসব প্রেসক্রিপশন এবং "ওভার-দ্যা-কাউন্টার" (কাউন্টার থেকে কেনা) ঔষধ স্কুলে দিব, সেগুলো অবশ্যই নতুন, মুখবন্ধ, এবং আসল (অরিজিন্যাল) বোতল বা বাক্সের মধ্যে থাকতে হবে। স্কুল দিবসে ব্যবহার করার জন্য আমি স্কুলে বর্তমান, মেয়াদোত্তীর্ণ (এক্সপায়ার) নয়, এমন ঔষধ প্রদান করবো।**
     - প্রেসক্রিপশন ঔষধের বোতল অথবা বাক্সের উপর অবশ্যই ফার্মাসির **আসল** লেবেল থাকতে হবে। লেবেলে যা যা অন্তর্ভুক্ত থাকতে হবে: 1) আমার সন্তানের নাম, 2) ফার্মাসির নাম ও ফোন নম্বর, 3) আমার সন্তানের ডাক্তারের নাম, 4) তারিখ, 5) রিফিল সংখ্যা, 6) ঔষধের নাম, 7) ডোজ, 8) ওষুধ সেবনের সময়, 9) ওষুধ কীভাবে সেবন করতে হবে এবং 10) অন্য সব নির্দেশনা।
   - আমি এতদ্বারা প্রত্যয়ন/নিশ্চিত করছি যে, আমি আমার সন্তানের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর সাথে কথা বলেছি এবং কোনও সময় যদি আমার সন্তানের ব্যবস্থাপত্রে দেয়া অ্যাজমা অথবা ঔষধ সঙ্গে না থাকে, তখন আমার সন্তানকে মওজুদ ঔষধ প্রদান করার জন্য আমি OSH-কে অনুমোদন দিচ্ছি।
   - আমার সন্তানের ওষুধে অথবা ডাক্তারের নির্দেশনায় কোনও পরিবর্তন হলে আমি স্কুল নার্সকে অবশ্যই **অতিসত্বর** জানাবো।
   - OSH এবং এর এজেন্টরা আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য পরিষেবা দেয়ার সময় এই ফর্ম-এর তথ্যের সঠিকতার উপর নির্ভর করেন।
   - এই মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্ম (MAF)-টি স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, অফিস অভ স্কুল হেলথ (OSH)-কে স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানের অনুমতি দিচ্ছি। এই পরিষেবাগুলোর মধ্যে থাকতে পারে, কিন্তু এর মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়, OSH-এর স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী অথবা নার্স দ্বারা ক্লিনিক্যাল মূল্যায়ন অথবা শারীরিক পরীক্ষা (ফিজিক্যাল এক্সাম)।
   - এই MAF-টিতে যে ঔষধ সেবনের নির্দেশনা দেয়া আছে, তা আমার সন্তানের শিক্ষা বছরের শেষে বাতিল হয়ে যাবে, এতে গ্রীষ্মকালীন বা সামার সেশন অন্তর্ভুক্ত হতে পারে, অথবা যখন আমি স্কুল নার্সের কাছে একটি নতুন MAF জমা দিব (যেটা আগে হবে)।
   - যখন ঔষধ সেবনের নির্দেশনা মেয়াদোত্তীর্ণ (এক্সপায়ার্ড) হয়ে যাবে, আমি তখন আমার সন্তানের স্কুল নার্সের কাছে স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর দ্বারা পূরণকৃত নতুন একটি MAF অবশ্যই প্রদান করবো। যদি এটা করা না হয়, যতক্ষণ পর্যন্ত না আমি স্কুল নার্সকে OSH স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী আমার সন্তানকে পরীক্ষা-নিরীক্ষা করতে পারবে না বলে কোন চিঠি দিব, ততক্ষণ পর্যন্ত OSH স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী আমার সন্তানকে পরীক্ষা-নিরীক্ষা করবেন। OSH স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী আমার সন্তানের অ্যাজমার লক্ষণসমূহ মূল্যায়ন করতে পারেন এবং নির্দেশনা অনুযায়ী অ্যাজমার ঔষধ সেবনের জন্য প্রদান করতে পারেন। OSH স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী চাইলে ঔষধ আগে যা ছিল তাই রাখতে পারেন অথবা পরিবর্তন করতে পারেন। OSH স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী একটি নতুন MAF পূরণ করতে পারেন, যাতে আমার সন্তান OSH-এর মাধ্যমে স্বাস্থ্য পরিষেবা গ্রহণ অব্যাহত রাখতে পারেন। আমার স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী অথবা OSH স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর ভবিষ্যত অ্যাজমা MAF লিখতে আমার স্বাক্ষরের প্রয়োজন হবে না। যদি OSH স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী আমার সন্তানের জন্য একটি MAF পূরণ করেন, তবে তিনি আমাকে এবং আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীকে তা জানানোর চেষ্টা করবেন।
   - এই ফর্মটি আমার অনুমতি এবং এই ফর্মে অ্যাজমা জনিত সেবার অনুরোধ যেভাবে বর্ণিত আছে সেটার প্রতিনিধিত্ব করে। এটা OSH-এর কাছে অনুরোধকৃত সেবাগুলো প্রদানের কোনও চুক্তি নয়। যদি OSH এই পরিষেবাগুলো প্রদান করার সিদ্ধান্ত নেয়, তবে আমার সন্তানের হয়তো স্টুডেন্ট অ্যাকোমোডেশন প্ল্যান লাগতে পারে। এই প্ল্যানটি স্কুল পূরণ করবে।
   - আমার সন্তানকে সেবা এবং চিকিৎসা প্রদানের উদ্দেশ্যে, OSH প্রয়োজন মনে করলে আমার সন্তানের স্বাস্থ্যগত অবস্থা (মেডিক্যাল কন্ডিশন), ঔষধ অথবা চিকিৎসা সম্পর্কিত অন্যান্য তথ্য সংগ্রহ করতে পারে। যেসব হেলথ কেয়ার প্র্যাকটিশনার, নার্স, অথবা ফার্মাসিস্ট আমার সন্তানকে স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করেছেন, তাদের কাছ থেকে এসব তথ্য OSH সংগ্রহ করতে পারেন।

নিজে ঔষধ সেবনের জন্য (শুধুমাত্র স্বনির্ভর শিক্ষার্থীরা):

- আমি প্রত্যয়ন/নিশ্চিত করছি যে আমার সন্তান নিজে ঔষধ সেবনে পুরোপুরি প্রশিক্ষিত এবং নিজেই নিজের ঔষধ নেবে। এই ফর্মে নির্দেশনা অনুযায়ী, আমার সন্তানকে স্কুলে ঔষধ বহন করার, সংরক্ষণ করার এবং নিজে ঔষধ সেবন করার সম্মতি দিচ্ছি।
  আমার সন্তানকে ঔষধের উপরে যেভাবে বর্ণিত হয়েছে সেই অনুযায়ী বোতল অথবা বাক্স প্রদানে আমি দায়বদ্ধ। আমার সন্তানের ঔষধ ব্যবহারের প্রতি, এবং এই ঔষধ স্কুলে ব্যবহার করার ফলে যে প্রভাব পড়তে পারে, সে ব্যাপারে লক্ষ্য রাখতে আমি দায়বদ্ধ। আমার সন্তান ঔষধ বহন করতে পারবে এবং নিজে ঔষধ সেবন করতে পারবে কিনা তা স্কুল নার্স নিশ্চিত করবেন। আমি স্কুলে স্পষ্টভাবে লেবেল করা বাক্স অথবা বোতলে "মওজুদ" (ব্যাক আপ) ঔষধ সংরক্ষণের জন্য দিতে সম্মত।

দ্রষ্টব্য: আপনি যদি স্টক মেডিকেশন ব্যবহারের সিদ্ধান্ত নিয়ে থাকেন, তবে আপনাকে অবশ্যই আপনার সন্তানের অ্যাজমা ইনহেলার, এপিনেফ্রিন এবং অন্যান্য আলুমোদিত নিজে সেবন করা যাবে এমন ঔষধ তার সাথে স্কুল ট্রিপের দিন এবং/অথবা আফটার স্কুল প্রোগ্রামে দিয়ে দেবেন যেন ওগুলো সহজলভ্য হয়। স্টক মেডিকেশন শুধু স্কুলে OSH স্টাফ দ্বারা ব্যবহারের জন্য।

শিক্ষার্থীর শেষ নাম: ______________________ প্রথম নাম: ______________ মধ্য: ______ জন্মতারিখ: ____________

স্কুল (ATS DBN/নাম): ______________________ বরো: ____________ ডিস্ট্রিক্ট: ______

পিতামাতা/অভিভাবকের নাম (ইংরেজি বড় হাতের অক্ষরে): ______________________ পিতামাতা/অভিভাবকের ইমেইল: ______________

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর: ______________________ স্বাক্ষর দেয়ার তারিখ: ______________

পিতামাতা/অভিভাবকের ঠিকানা: ______________________

পিতামাতা/অভিভাবকের সেলফোন: ______________________ অন্য ফোন নম্বর ______________

জরুরী পরিস্থিতিতে বিকল্প যোগাযোগ নাম/সম্পর্ক: ______________________

জরুরী পরিস্থিতিতে বিকল্প যোগাযোগ ফোন: ______________________

For Office of School Health (OSH) Use Only

শুধুমাত্র অফিস অভ স্কুল হেলথ (OSH)-এর ব্যবহারের জন্য

OSIS Number: ______________ **Received by -** Name: ______________________ Date: ______________

☐ 504 ☐ IEP ☐ Other______________ **Reviewed by -** Name: ______________________ Date: ______________

Referred to School 504 Coordinator: ☐ Yes ☐ No

Services provided by: ☐ Nurse/NP ☐ OSH Public Health Advisor (for supervised students only)

☐ School Based Health Center ☐ OSH Asthma Case Manager *(For supervised students only)*

Signature and Title (RN OR MD/DO/NP):______________________

Revisions per Office of School Health after consultation with prescribing practitioner: ☐ Clarified ☐ Modified

Confidential information should not be sent by email

FOR PRINT USE ONLY