

ذیابیطس کی دوائیاں دینے کا فارم

فراہم کنندہ کے لیے دوائیاں آرڈر کرنے کا فارم | اسکول کا دفتر صحت | تعلیمی سال 2018-2019
 آخری تاریخ: 15 جولائی۔ 15 جولائی کے بعد جمع کروانے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔ براہ مہربانی تمام MAFs 347-396-8932/8945 پر فیکس کریں۔
 والدین / سرپرست ذیل میں پُر کریں

ذیل میں دستخط کر کے میں متفق ہوں:

- میں نرس کو میرے بچے کو مجوزہ دوا دینے، اور میرے بچے کے اسکول کو میرے بچے کی خون میں شوگر کی جانچ کرنے، اور میرے بچے کی خون میں کم شوگر کو میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات کے مطابق علاج کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ اسکول یہ افعال اسکول کے احاطے میں یا اسکول کے تفریحی دوروں کے دوران انجام دے سکتا ہے۔
- میں، میرے بچے کی دوا کے لیے درکار کسی بھی آلات کے اسکول میں محفوظ اور استعمال کیے جانے کی بھی اجازت دیتا ہوں۔
- میں سمجھتا ہوں کہ:
 - مجھے اسکول نرس کو اپنے بچے کی دوا، اسٹیکس، اور آلات دینے لازمی ہیں۔ میں اسکول کو میرے بچے کے خون میں شوگر کی سطح کی جانچ کرنے اور انسولین دینے کے لیے سیفٹی لینسٹ اور دیگر محفوظ نیڈل آلات اور سامان 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 کے استعمال کے لیے ایک اور دوا لے لوںگا جب وہ گھر پر ہو یا اسکول ٹرپ پر ہو۔
 - نسخے والی دوا کے ڈبے یا بوتل پر اصل فارمیسی کا لیبل ہونا لازمی ہے۔ لیبل پر شامل ہونا چاہیے: (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 گی، (9) دوا کس طرح لی جائے گی اور (10) دیگر ہدایات۔
 - 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 خدمت (خدمات) فراہم کرنے میں معاون اسکول کا دفتر صحت (OSH) اور اسکول کے کارندے اس فارم پر دی گئی معلومات کی درستگی پر انحصار کرتے ہیں۔
 - اس دوائیاں دینے کا فارم (MAF) پر دستخط کر کے اسکول کا دفتر صحت (OSH) میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کرسکتا ہے۔ ان خدمات میں OSH کے طبی نگہداشت پیشہ ور یا نرس کے ذریعے کلینکل تشخیص یا ایک جسمانی امتحان شامل ہو سکتا ہے۔
 - اس MAF میں دوا کا آرڈر میرے بچے کے تعلیمی سال کے آخر میں ختم ہوجائے گا، جس میں گرما کا سیشن شامل ہوسکتا ہے، یا جب میں اسکول نرس کو ایک نیا MAF فراہم کروں (جو بھی جلد واقع ہو)
 - اگر دوا کے اس آرڈر کی معیاد ختم ہوجاتی ہے، اور میرے بچے کا صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور ایک نیا MAF نہیں لکھتا ہے، ایک OSH طبی نگہداشت پیشہ ور ایک نیا ذیابیطس MAF میرے بچے کے لیے لکھ سکتا ہے۔ OSH کو مستقبل میں ذیابیطس MAFs لکھنے کے لیے میرے دستخط درکار نہیں ہونگے۔
 - OSH اور محکمہ تعلیم (DOE) یہ یقینی بنانے کے ذمہ دار ہیں کہ میرا بچہ طبی کمرے اور اسکول میں کسی بھی جگہ پر حفاظت کے ساتھ اپنے خون میں شوگر کی جانچ کرسکتا ہے۔
 - یہ فارم میری اجازت اور اس فارم میں بیان کردہ ذیابیطس 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 کرے تو میرے بچے کو ایک طلبا کی سہولیات کا منصوبہ بھی درکار ہوسکتا ہے۔ یہ منصوبہ اسکول کے ذریعے مکمل کیا جائے گا۔
 - OSH دیگر کوئی بھی معلومات حاصل کرسکتا ہے جو انکے خیال میں میرے بچے کی طبی صورت حال، دوا یا علاج کے لیے درکار ہو۔ 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۔
 - اگر اسکول نرس نہ دستیاب ہو، تو مجھے اپنے بچے کو دوا دینے کے لیے اسکول آنے کا کہا جاسکتا ہے۔

خود سے دوا لینا:

- میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میرا بچہ مکمل تربیت یافتہ ہے اور وہ خود سے 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 کا فیصلہ کرے گی۔ میں اسکول کو "بیک اپ" دوا ایک واضح لیبل والے ڈبے یا بوتل میں دینے پر بھی رضامند ہوں۔
- میں اسکول نرس یا تربیت یافتہ اسکول عملے کو میرے بچے کو دوا دینے کی اجازت دیتا ہوں اگر میرا بچہ عارضی طور پر دوا ساتھ رکھنے اور خود سے لینے سے قاصر ہو۔

نوٹ: اس بات کو ترجیح دی جاتی ہے کہ آپ اسکول تفریحی دورے کے دن اور اسکول سے باہر سرگرمیوں کے لیے اپنے بچے کے لیے دوا اور آلات بھیجیں۔

طالب علم کا آخری نام	پہلا نام	درمیانی نام کا پہلا حرف	تاریخ پیدائش	اسکول
والدین / سرپرست کا نام جلی حروف میں	والدین / سرپرست کی ای میل	والدین / سرپرست کا پتہ	والدین / سرپرست کے دستخط	
دستخط کی تاریخ	گھر	سیل فون	رابطے کا ٹیلیفون نمبر	
ٹیلیفون نمبر: دن کا	گھر	سیل فون	رابطے کا ٹیلیفون نمبر	
بنگامی صورت میں متبادل رابطہ فرد کا نام	گھر	سیل فون	رابطے کا ٹیلیفون نمبر	

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

OSIS Number:	<input type="checkbox"/> 504	<input type="checkbox"/> IEP	<input type="checkbox"/> Other
Received by: Name	Date	Reviewed by: Name	Date
Services provided by:	<input type="checkbox"/> Nurse/NP	<input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor	<input type="checkbox"/> School Based Health Center
(For supervised students only)			
Signature and Title (RN OR MD/DO/NP):			
Revisions as per OSH contact with prescribing health care practitioner <input type="checkbox"/> Modified <input type="checkbox"/> Not Modified			

* رازداری کی معلومات کو ای میل ذریعے نہیں بھیجا جانا چاہیے