



জেনারেল মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্ম:

এই ফর্মটি অ্যাজমা অথবা অ্যালার্জির জন্য ব্যবহার করা যাবে না।

প্রদানকারীর ঔষধের আর্ডারের ফর্ম। অফিস অভ স্কুল হেলথ। 2019-2020 স্কুল বছর

অনুগ্রহ করে স্কুল নার্সের কাছে ফেরত দিন। 31 মে তারিখের পরে ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন স্কুল বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ দেয়ি হতে পারে

Student Last Name	First Name	Middle	Date of birth ____/____/_____ MM DD YYYY	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
OSIS Number _____				
School (include ATSDBN/name, address and borough)		DOE District _____	Grade _____	Class _____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW (স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী নিচের অংশটি পূরণ করবে)

1. **Diagnosis:** _____ ICD-10 Code: _____

Medication: _____

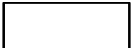
Generic and/or Brand Name

Preparation/Concentration: _____

Dose: _____ Route: _____

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 (initial below)
(NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES)



Practitioner's Initials

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

In School Instructions

Standing daily dose: at ____:____ AM / PM and ____:____ AM / PM

AND/OR

PRN

_____ specify signs, symptoms, or situations

Time interval: ____ minutes or ____ hours as needed.

If no improvement, repeat in ____ minutes or ____ hours for a maximum of ____ times.

Conditions under which medication should not be given:

2. **Diagnosis:** _____ ICD-10 Code: _____

Medication: _____

Generic and/or Brand Name

Preparation/Concentration: _____

Dose: _____ Route: _____

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 (initial below)
(NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES)



Practitioner's Initials

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

In School Instructions

Standing daily dose: at ____:____ AM / PM and ____:____ AM / PM

AND/OR

PRN

_____ specify signs, symptoms, or situations

Time interval: ____ minutes or ____ hours as needed.

If no improvement, repeat in ____ minutes or ____ hours for a maximum of ____ times.

Conditions under which medication should not be given:

3. **Diagnosis:** _____ ICD-10 Code: _____

Medication: _____

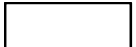
Generic and/or Brand Name

Preparation/Concentration: _____

Dose: _____ Route: _____

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 (initial below)
(NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES)



Practitioner's Initials

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

In School Instructions

Standing daily dose: at ____:____ am / pm and ____:____ AM / PM

AND/OR

PRN

_____ specify signs, symptoms, or situations

Time interval: ____ minutes or ____ hours as needed.

If no improvement, repeat in ____ minutes or ____ hours for a maximum of ____ times.

Conditions under which medication should not be given:

HOME Medications (include over-the counter)

Health Care Practitioner LAST NAME (Please print and circle one: MD, DO, NP, PA)	FIRST NAME	Signature
Address	Tel. No. (____) _____ - _____	Fax. No (____) _____ - _____
E-mail address	Cell phone (____) _____ - _____	
NYS License No (Required)	NPI No.	Date ____/____/____

জেনারেল মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্ম:

এই ফর্মটি অ্যাজমা অথবা অ্যালার্জির জন্য ব্যবহার করা যাবে না

প্রদানকারীর ঔষধের আর্ডরের ফর্ম। অফিস অভ স্কুল হেলথ। 2019-2020 স্কুল বছর

অনুগ্রহ করে স্কুল নার্সের কাছে ফেরত দিন। 31 মে তারিখের পরে ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন স্কুল বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরন দেয়ি হতে পারে

PARENTS/GUARDIANS FILL BELOW (পিতামাতা/অভিভাবক নিচের অংশটি পূরণ করবে)

এটা স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি নিম্নলিখিত বিষয়গুলো মেনে নিচ্ছি:

- আমি আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনা অনুযায়ী ঔষধ সংরক্ষণ করার এবং অতঃপর স্কুলে দেয়ার অনুমতি দিচ্ছি। আমার সন্তানের ঔষধ সংরক্ষণ করার এবং অতঃপর স্কুলে ব্যবহার করার জন্য যদি কোন যন্ত্রপাতি প্রয়োজন হয় সেগুলোর জন্যেও অনুমতি দিচ্ছি।
- আমি জানি যে:
 - আমি অবশ্যই স্কুল নার্সকে আমার সন্তানের ঔষধ এবং যন্ত্রপাতি দিব।
 - আমি সকল প্রেসক্রিপশন এবং “ওভার-দ্যা-কাউন্টার (কাউন্টার থেকে কেন)” ঔষধ যেগুলো স্কুলে দিব সেগুলো অবশ্যই নতুন, মুখবন্ধ, এবং আসল (অরিজিন্যাল) বোতল বা বাক্সে ভরা থাকবে। স্কুল দিবসে ব্যবহার করার জন্য আমি স্কুলে বর্তমান, বাতিল (এক্সপায়ার) হয়ে যায়নি এমন ঔষধ প্রদান করবো।
 - পেসক্রিপশন ঔষধের বোতল অথবা বাক্সের উপর অবশ্যই আসল ফার্মাসির লেবেল থাকতে হবে। লেবেলে অবশ্যই অন্তর্ভুক্ত হতে হবে: 1) আমার সন্তানের নাম, 2) ফার্মাসির নাম এবং ফোন নম্বর, 3) আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নাম, 4) তারিখ, 5) রিফিলের সংখ্যা, 6) ঔষধের নাম, 7) সেবনের পরিমাণ (ডোজেজ), 8) কখন ঔষধ নিতে হবে, 9) কীভাবে ঔষধ সেবন করতে হবে এবং 10) অন্য নির্দেশনা।
 - আমার সন্তানের ঔষধে অথবা স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনায় কোন পরিবর্তন হলে স্কুল নার্সকে অবশ্যই **অতিসত্বর** জানাবো।
 - কোন শিক্ষার্থী নেশা জাতিয় দ্রব্য (কন্ট্রোল সাবস্টেন্স) নিজে বহন করতে অথবা সেবন করতে পারবে না।
 - অফিস অভ স্কুল হেলথ (OSH) এবং এর এজেন্টরা আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য পরিষেবা দেয়ার সময় এই ফর্মের সঠিক তথ্যের উপর নির্ভর করে।
 - এই মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্ম (MAF)-টি স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, OSH আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদান করতে পারে। 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 মেডিকেশন অর্ডার দেয়া আছে তা আমার সন্তানের স্কুল বছরের শেষে বাতিল হয়ে যাবে, যার মধ্যে গ্রীষ্মকালীন সেশন অন্তর্ভুক্ত হতে পারে, অথবা যখন আমি স্কুল নার্সকে একটি নতুন একটি MAF দিব (যেটা আগে হবে)।
 - আমার অনুমতি এবং এই ফর্মে মেডিকেশন (ঔষধ প্রদান) জনিত সেবার অনুরোধ যেভাবে বর্ণিত আছে এই ফর্মটি তার প্রতিনিধিত্ব করে। এটা OSH-এর কাছে অনুরোধকৃত সেবাগুলো প্রদানের কোন 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 মেডিক্যাল কন্ডিশন, ঔষধ অথবা চিকিৎসা সম্পর্কিত অন্যান্য তথ্য সংগ্রহ করতে পারে। OSH এই তথ্য আমার সন্তানকে স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করেছে যেসব হেলথ কেয়ার প্র্যাকটিশনার, নার্স, অথবা ফার্মাসিস্ট তাদের কাছ থেকে সংগ্রহ করতে পারে।

নিজে ঔষধ সেবনের জন্য (শুধুমাত্র স্বনির্ভর শিক্ষার্থীরা):

- আমি প্রত্যয়ন/নিশ্চিত করছি যে আমার সন্তান নিজে ঔষধ সেবনে পুরোপুরি প্রশিক্ষিত এবং নিজেই নিজের ঔষধ নেবে। আমার সন্তানকে ঔষধ বহন করার, সংরক্ষণ করার এবং নিজে ঔষধ সেবন করার অনুমতি এই ফর্মের মাধ্যমে দিচ্ছি। আমার সন্তানকে ঔষধের উপরে যেভাবে বর্ণিত হয়েছে সেই অনুযায়ী বোতল অথবা বাক্স প্রদানে 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 করবে। আমি স্কুলে স্পষ্টভাবে লেবেল করা বাক্স অথবা বোতলে “বাড়তি (ব্যাক আপ)” ঔষধ সংরক্ষণের জন্য দিতে সম্মত।
- যদি আমার সন্তান সাময়িকভাবে ঔষধ বহন করতে অথবা নিজে ঔষধ সেবন করতে অক্ষম হয় তবে স্কুল নার্স অথবা প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত স্কুল কর্মীগণ তাকে ঔষধ প্রদান করার অনুমতি দিচ্ছি।

দ্রষ্টব্যঃ ভাল হয় যদি আপনি আপনার সন্তানের মেডিকেশন এবং সরঞ্জাম (ইকুইপমেন্ট) যেদিন স্কুল ট্রিপ হবে অথবা অফ-সাইট স্কুল কর্মকাণ্ড হবে ঐ দিন পাঠিয়ে দেন।

শিক্ষার্থী শেষ নাম	প্রথম নাম	মধ্যনামের অদ্যাক্ষর	জন্মতারিখ ___ / ___ / ___
স্কুলের ATSDBN/নাম			বরো
পিতামাতা/অভিভাবকের নাম ইংরেজি বড় অক্ষরে লিখুন			পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর
পিতামাতা/অভিভাবকের ইমেইল			স্বাক্ষর দেওয়ার তারিখ: ___ / ___ / ___
ফোন নম্বর: দিনের (___ ___) _____		বাড়ির (___ ___) _____	সেল ফোন (___ ___) _____
জরুরী অবস্থায় যোগাযোগের বিকল্প নাম		শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক	যোগাযোগের ফোন নম্বর (___ ___) _____

এখানে সই করুন: →

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