



عام دوائی دینے کا فارم

اس فارم کو ذیابیطس، دورہ پڑنے، دمہ یا الرجی کی دوائیوں کے لیے استعمال نہیں کرنا چاہیے
فرہام کنندہ کے لیے ادویات کا آرڈر فارم | اسکول کا دفتر صحت | تعلیمی سال 2021-2022
براہ کرم اسکول نرس کو واپس کریں۔ 1 جون کے بعد جمع کروانے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔

طالب علم کا آخری نام: _____ پہلا نام: _____ درمیانی نام: _____ تاریخ پیدائش: _____

OSIS نمبر: _____ صنف: _____ لڑکا لڑکی

اسکول (نام، نمبر، پتہ اور برو شامل کریں): _____ DOE ضلع _____ گریڈ: _____ کلاس _____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

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
- Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
- Independent Student: student is self-carry/ self-administer *Initial below for Independent (Not allowed for controlled substances)
 - I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events - Practitioner's Initials: _____

In School Instructions

- Standing daily dose – at _____ and _____ 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
- Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
- Independent Student: student is self-carry/ self-administer *Initial below for Independent (Not allowed for controlled substances)
 - I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events - Practitioner's Initials: _____

In School Instructions

- Standing daily dose – at _____ and _____ 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
- Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
- Independent Student: student is self-carry/ self-administer *Initial below for Independent (Not allowed for controlled substances)
 - I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events - Practitioner's Initials: _____

In School Instructions

- Standing daily dose – at _____ and _____ 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) None

Health Care Practitioner Last Name: _____ First Name: _____ Signature: _____

Please select one: MD DO NP PA

Address: _____ E-mail address: _____

Tel. No: _____ FAX No: _____ Cell Phone: _____

NYS License No (Required): _____ NPI No: _____ Date: _____

عام دوائی دینے کا فارم

اس فارم کو ذیابیطس، دورہ پڑنے، ذمہ یا الرجی کی دوائیوں کے لیے استعمال نہیں کرنا چاہیے

فراہم کنندہ کے لیے ادویات آرڈر کرنے کا فارم اسکول کا دفتر صحت | تعلیمی سال 2021-2022

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

والدین / سرپرست: مطالعہ کریں، مکمل کریں اور دستخط 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 دینا لازمی ہیں۔

• تمام نسخے والی اور "کاونٹنر پر ملنے والی" دوائیوں، جو میں اسکول کو دونگا وہ نئی، سیل بند، اور اصل بوتل یا ٹیپے میں بند ہونی لازمی ہیں۔ میں اپنے بچے کو اسکول کے دنوں میں استعمال کے لیے جدید، غیر منسوخ شدہ دوائی استعمال کرنے کے لیے فراہم کروں گا۔

• نسخے والی دوا کے ٹیپے یا بوتل پر اصل فارمیسی کا لیبل لگا ہونا لازمی ہے۔ لیبل پر لازماً 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، (9) دوا کیسے لی جائے اور (10) کوئی دیگر ہدایات۔

• مجھے اپنے بچے کی دوا یا صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات میں کسی بھی تبدیلی سے اسکول نرس کو لازماً فوری طور پر آگاہ کرنا لازمی ہے۔

• کسی بھی طالب علم کو ممنوعہ اشیا رکھنے یا اپنے آپ لینے کی اجازت نہیں ہے۔

• اسکول کا دفتر صحت (OSH) اور اس کے نمائندے جو مندرجہ بالا خدمت (خدمات) میرے بچے کو فراہم کرنے میں شامل ہیں، اس فارم کی معلومات کے صحیح ہونے پر انحصار کر رہے ہیں۔

• اس ادویات 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 شامل ہو سکتی ہیں لیکن انہی تک محدود نہیں، OSH کے طبی نگہداشت پیشہ ور یا نرس کے ذریعے کلینکی تشخیص یا ایک جسمانی معائنہ۔

• اس MAF میں دوا کا آرڈر میرے بچے کے تعلیمی سال کے آخر میں منسوخ ہوجائے گا، جس میں گرمیوں کا دورانیہ شامل ہوسکتا ہے، یا جب میں اسکول نرس کو ایک نیا MAF فراہم کروں (جو پہلے واقع ہو)۔ جب اس دوا کے آرڈر کی میعاد منسوخ ہوجائے، 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۔

• اس فارم پر وضاحت کردہ ادویات دینے کی خدمات کے لیے یہ فارم میری اجازت اور 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، میرے بچے کو ایک طالب علم سہولت منصوبے کی بھی ضرورت ہو سکتی ہے۔ اس منصوبے کو اسکول مکمل کرے گا۔

• OSH میرے بچے کو درکار نگہداشت یا علاج 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 ایسے 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۔

خود ادویات لینے کے لیے (صرف برائے خود مختار طلباء):

• میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میرا بچہ مکمل تربیت یافتہ ہے اور وہ خود دوا لے سکتا 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 تفصیل کے مطابق اپنے بچے کو یہ دوا بوتلوں یا ڈبوں میں دینے کا ذمہ دار ہوں۔ میں اپنے بچے کے دوا کے استعمال کرنے کی جانچ کرنے، اور اسکول میں میرے بچے کے اس دوا کے استعمال کے تمام نتائج کا بھی ذمہ دار ہوں۔ اسکول نرس میرے بچے کی دوا اپنے ساتھ رکھنے اور خود سے لینے کی اہلیت کی تصدیق کرے گا۔ میں اس پر بھی آمادہ ہوں کہ اسکول کو دوا ایک واضح لیبل لگے ہوئے ٹیپے یا بوتل میں "محفوظ ذخیرہ" (بیک اپ) کے لیے دوں گا۔

توجہ: 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: _____ درمیانہ مختصر نام: _____ تاریخ پیدائش: _____

اسکول (ATS DBN/نام): _____ برو: _____ ضلع: _____

والدین / سرپرست کا نام (جلی حروف میں): _____ والدین سرپرست کا ای میل: _____

والدین / سرپرست کے دستخط: _____ دستخط کی تاریخ: _____

والدین / سرپرست کا پتہ: _____

ٹیلیفون نمبرز: _____ دن کے وقت: _____ گھر _____ سیل فون: _____

ہنگامی صورت میں متبادل رابطہ فرد: _____

نام: _____ الب علم کے ساتھ رشتہ: _____ فون نمبر: _____

For Office of School Health (OSH) Use Only

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

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

Revisions as per OSH contact with prescribing health care practitioner: Clarified Modified