

এখানে  
শিক্ষার্থীর ছবি  
সংযুক্ত করুন

## অ্যালার্জি/অ্যানাফিল্যাক্সিস ওষুধ দেয়া সংক্রান্ত ফর্ম

সেবা প্রদানকারীর ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত নির্দেশনার ফর্ম | অফিস অভ স্কুল হেলথ | 2022-2023 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: \_\_\_\_\_ মধ্য নাম \_\_\_\_\_ জন্মতারিখ: \_\_\_\_\_  
লিঙ্গ:  পুরুষ  স্ত্রী OSIS নম্বর: \_\_\_\_\_ ওজন: \_\_\_\_\_  
স্কুল (নাম, নম্বর, ঠিকানা, এবং বরো অন্তর্ভুক্ত করুন): \_\_\_\_\_  
DOE ডিস্ট্রিক্ট: \_\_\_\_\_ গ্রেড: \_\_\_\_\_ ক্লাস: \_\_\_\_\_

### HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

নিচের অংশটি স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী পূরণ করবেন

**Specify Allergies:**  Allergy to: \_\_\_\_\_  Allergy to: \_\_\_\_\_  Allergy to: \_\_\_\_\_  Allergy to: \_\_\_\_\_  
**History of asthma?**  Yes (If yes, student has an increased risk for a severe reaction; complete the Asthma MAF for this student)  No  
**History of anaphylaxis?**  Yes Date: \_\_\_\_\_  No  
If yes, system affected  Respiratory  Skin  GI  Cardiovascular  Neurologic  
Treatment: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
**Does this student have the ability to:**  
Self-Manage (See 'Student Skill Level' below)  Yes  No  
Recognize signs of allergic reactions  Yes  No  
Recognize and avoid allergens independently  Yes  No

### Select In-School Medications

#### SEVERE REACTION

##### A. Immediately administer epinephrine ordered below, then call 911.

0.15 mg  0.3 mg

Give intramuscularly in the anterolateral thigh for any of the following signs/symptoms (retractable devices preferred) :

- Shortness of breath, wheezing, or coughing
- Fainting or dizziness
- Lip or tongue swelling that bothers breathing
- Pale or bluish skin color
- Tight or hoarse throat
- Vomiting or diarrhea (if severe or combined with other symptoms)
- Weak pulse
- Trouble breathing or swallowing
- Feeling of doom, confusion, altered consciousness or agitation
- Many hives or redness over body

Other: \_\_\_\_\_

If this box is checked, child has an extremely severe allergy to an insect sting or the following food(s): \_\_\_\_\_

##### Even if child has MILD signs/symptoms after a sting or eating these foods, give epinephrine.

B. If no improvement, or if signs/symptoms recur, repeat in \_\_\_\_\_ minutes for maximum of \_\_\_\_\_ times (not to exceed a total of 3 doses)

If this box is checked, give antihistamine after epinephrine administration (order antihistamine below)

#### Student Skill Level (select the most appropriate option):

- Nurse-Dependent Student: nurse/nurse trained staff must administer
- 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: \_\_\_\_\_

#### MILD REACTION

A. Give antihistamine: Name: \_\_\_\_\_ Preparation/Concentration: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Route: \_\_\_\_\_

Frequency:  Q4 hours or  Q6 hours as needed for any of the following signs/symptoms:

- Itchy nose, sneezing, itchy mouth
- A few hives or mildly itchy skin
- Mild stomach nausea or discomfort
- Other: \_\_\_\_\_

#### 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
- I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events - Practitioner's Initials: \_\_\_\_\_

#### OTHER MEDICATION

• Give Name: \_\_\_\_\_ Preparation/Concentration: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Route: \_\_\_\_\_

Frequency: Q \_\_\_\_\_  minutes  hours as needed

Specify signs, symptoms, or situations: \_\_\_\_\_

If no improvement, indicate instructions: \_\_\_\_\_

Conditions under which medication should not be given: \_\_\_\_\_

#### 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
- I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events - Practitioner's Initials: \_\_\_\_\_

Home Medications (include over the counter)  None

### Health Care Practitioner

Last Name (Print): \_\_\_\_\_ First Name (Print): \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

NYS License # (Required): \_\_\_\_\_ NPI #: \_\_\_\_\_ Please check one:  MD  DO  NP  PA Date: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ E-mail address: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_

## অ্যালার্জি/অ্যানাফিল্যাক্সিস ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত ফর্ম

সেবা প্রদানকারীর ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত নির্দেশনার ফর্ম। অফিস অভ স্কুল হেলথ। 2022-2023 শিক্ষা বছর  
অনুগ্রহ করে স্কুল নার্সের কাছে ফেরত দিন। পহেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেয়ি হতে পারে

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

- 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।
- আমি বুঝি যে:
  - আমি অবশ্যই স্কুল নার্সকে আমার সন্তানের ঔষধ এবং সরঞ্জাম (ইকুইপমেন্ট) দিব। আমি স্কুলে রিট্রাক্টেবল নিডল সহ এপিনেফ্রিন পেন দেয়ার চেষ্টা করব।
  - 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। স্কুলে দিবসে ব্যবহার করার জন্য আমি স্কুলে বর্তমান, মেয়াদোত্তীর্ণ (এক্সপায়ার) নয়, এমন ঔষধ প্রদান করবো।
    - পেসক্রিপশন 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 স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নাম, 4) তারিখ, 5) রিফিল সংখ্যা, 6) ঔষধের নাম, 7) ডোজ 8) ঔষধ সেবনের সময়, 9) ঔষধ 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 ব্যবস্থাপনে দেয়া অ্যাজমা অথবা এপিনেফ্রিন ঔষধ সঙ্গে না থাকে, তখন আমার সন্তানকে মওজুদকৃত ঔষধ প্রদান করার জন্য আমি OSH-কে অনুমোদন দিচ্ছি।
  - আমার সন্তানের ঔষধে অথবা স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর 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। ভবিষ্যতে MAF-এর জন্য আমার স্বাক্ষর OSH-এর প্রয়োজন হবে না।
  - এই ফর্মটি আমার অনুমতি এবং এই ফর্মে অ্যালার্জি 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 সেবন (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।
  - যদি আমার সন্তান সাময়িকভাবে ঔষধ বহন করতে অথবা নিজে ঔষধ সেবন করতে অক্ষম হয়, তবে স্কুল নার্স অথবা প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত স্কুল কর্মীগণকে তাকে ঔষধ প্রদান করার অনুমতি দিচ্ছি।
- দ্রষ্টব্য: আপনি যদি স্টক ব্যবহারের সিদ্ধান্ত নিয়ে থাকেন, আপনাকে অবশ্যই আপনার সন্তানের এপিনেফ্রিন, অ্যাজমা ইনহেলার এবং অনুমোদিত অন্য যেসব ঔষধ নিজে নিজে দেয়া যায় সেগুলি স্কুলে ট্রিপ এবং/অথবা আফটার স্কুল কর্মসূচির সময় তার সাথে পাঠিয়ে দেবেন যেন সেগুলি প্রয়োজনে তার জন্য সহজলভ্য হয়। স্টক মেডিকেশন শুধুমাত্র OSH স্টাফ দ্বারা স্কুলে 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

Signature and Title (RN OR SMD): \_\_\_\_\_

Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison: \_\_\_\_\_

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