

دورہ پڑنے کی ادویات دینے کا فارم

فراہم کنندہ کے لیے ادویات کا آرڈر فارم | اسکول کا دفتر صحت | تعلیمی سال **2023-2022** 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۔

ائش:	مِیانی مختصر نام : تاریخِ پی	در		پہلا نام:			طالب علم كا اخرى نام: _		
	:	گریڈ / کلاس	نبلع	DOE		OSIS نمبر:	جنس: 🗌 لڑکا 🗌 لڑکی		
						,	اسكول (شامل ہيں: DBN		
HEALTH CAI	RE PRACTITIONERS COMPLE	TE BELOW	كمل كريي	ذیل میں م	کنندگان ه	نگهداشت فراہم	صحتيابي		
Diagnosis		Control (see NAEPP Guidelin				everity (see NAE			
□ Asthma		☐ Well Controlled			□ Intermittent				
□ Other:		 Not Controlled / Poorly Controlled 			☐ Mild Persistent				
		☐ Unknown				☐ Moderate Persis			
	Chudant Aathma Biak A			V N-N	la II = II=I	☐ Severe Persister	nt		
History of poor dooth goth	Student Asthma Risk A		inaire († = □ Y	res, N = r □ N	io, U = Uni □ U	nown)			
•	ima requiring mechanical ventila		□ Y	□N	□U				
History of life-threatening asthma (loss of consciousness or hy		i Hypoxic seizure)	□Y	□N	□U				
History of asthma-related PICU admissions (ever)			□ Y	□ N	□U	timos last			
Received oral steroids within past 12 months							·		
History of asthma-related ER visits within past 12 mon			□Y	□N	□ U		·		
	hospitalizations within past 12 m	iontns	□ Y □ Y	□N	□ U	times last	:		
History of food allergy or		II Level (select the r		□ N	U D				
□ Nurse Dependent		•	nost appr	opriate o	puon):				
•	Student: nurse must administer i								
•	it: student self-administers, unde	•							
•	ent: student is self-carry/self-adm								
	udent demonstrated ability to self	•				:			
medication	n effectively during school, field	trips, and school spon Quick Relief In-Scho			itioner's Ini	ials:			
. , ,	eneric Albuterol MDI is provided icer): Stock Parent Prov Give 2 puffs q 4 hrs. PRN for Monitor for 20 mins or until sy	by school for shared uided	isage] MDI w/ spa ight chest,	cer □ DP	eathing or				
If in Respiratory	•		•		•				
• •	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/R									
☐ Other: Name:	Route:Frequency:	Strenath:							
Give p Monitor If in Re: □ Pre-exercise:	uffs/AMP □hrs. P for 20 mins or until symptom-fre spiratory Distress: Call 911 and puffs/AMP 15-20 mi r Recent Asthma Flare:	RN for coughing, where If not symptom-free I give puffs/ns before exercise.	ezing, tight within 20 r AMP; m	chest, diffi nins may ro nay repeat	culty breath epeat ONCl q 20 minute	Ξ. ¯			
	Controller	Medications for In	-School A	dministra	tion				
		ded for Persistent As							
	☐ Fluticasone [Only Flovent® 110 mcg MDI is provided by school for shared usage] ☐ Stock ☐ Parent Provided ☐ MDI w/ spacer ☐ DPI								
Standing Daily Do Special Instruction	se: puffs ONCE a day at _ s:	AM							
Other ICS Standing	g Daily Dose: Strength:	_ Dose:Route: _		Frequen	cy: hr	s			
☐ Reliever:	Home Medica				□ None _ □ Othe	er:			
ant Name (Delet)		Health Care Pra			Ci :				
ast Name (Print): Fi									
YS License # (Required): _	Please che	eck one: MD	DO 🗆 NI	PA⊔PA	Date:				

دورہ پڑنے کی ادویات دینے کا فارم

فراہم کنندہ کے لیے ادویات کا آرڈر فارم | اسکول کا دفتر صحت | تعلیمی سال 2022-2023 براہ کرم اسکول نرس کو واپس کریں۔ **1 جون** کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔

والدين / سريرست مطالعه كرين، مكمل كرين اور دستخط كرين ـ ذيل مين دستخط كركي مين اس پر متفق بدون كه:

- 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 کی اسکول میں محفوظ اور استعمال کیے جانے کی بھی اجازت دیتا ہوں۔
 - 2. میں سمجھتا ہوں که:
 - مجھے اسکول نرس کو اپنے بچ کی دوا اور آلات بشمول نان البٹرال انہیلرز فراہم کرنا لازمی ہیں۔
- 🔹 تمام نسخے والی اور "کاوئنٹر سے ملنے والی" ادویات جو میں اسکول کو دونگا، وہ نئی سیل بند، اور اصل بوتل یا ڈے میں لازمی بند ہوں گی۔ میں اپنے بعے کو اسکول کے دنوں میں استعمال کے لیے جدید، غیر منسوخ شدہ دوائی استعمال کرنے کے لیے فراہم کروں گا۔
- 0 نسخے والی دوا کے ڈپے یا بوتل پر اصل فارمیسی کا لیبل لگا ہونا لاڑی ہے۔ لیبل پر لازما شامل ہونا جاہئے: 1) میرے بچ کا نام، 2) فارمیسی کا نام اور فون نمبر، 3) میرے بچ کے صحنیاتی نگهداشت پیشه ورکا نام، 4) تاریخ، 5) دوباره بهرنے (refill) کی تعداد، 6) دواکا نام، 7) خوراک ،8) دواکب لی جائے، 9) دواکیبسے لی جائے اور 10) کوئی دیگر ہدایات۔
- میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں که میں نے اپنے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور کے ساتھ بات کی ہے اور یه که میں OSH کو میرے بچے کی دے کی دوا دستیاب نه ہونے کی صورت میں میرے بچے کے دوا کے ذخیر ے سے دوا دینے کی اجازت دیتا ہوں۔
 - میں اپنے بچے کی دوا یا ڈاکٹر کی ہدایات میں کسی بھی تبدیلی سے اسکول نرس کو فوراً آگاہ کرونگا۔
 - 🔹 میرے بچے کو مذکورہ بالا صحت سے متعلقه خدمت (خدمات) فراہم کرنے میں شامل OSH اور اسکے کارندے اس فارم پر دی گئی معلومات کی درستکی پر انحصار کر رہے ہیں۔
- ادویات دینے کے اس فارم (MAF) پر دستخط کرکے، میں اسکول کے دفتر صحت (OSH) کو میر ہے بچے کو صحت سے متعلقه خدمات فراہم کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ ان خدمات میں لیکن انہی تک محدود نہیں، میں OSH کے طبی نگہداشت پیشه ور یا نرس کے ذریعے کلینکی تشخیص یا ایک جسمانی معائنه شامل ہو سکتی ہیں۔
 - اس MAF میں دواکا آرڈر میرے بچ کے تعلیمی سال کے آخر میں منسوخ ہوجائے گا، جس میں گرمیوں کا دورانیه شامل ہوسکتا ہے، یا جب میں اسکول نرس کو ایک نیا MAF فراہم کروں (جو بھی 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 ذریع تحریر کردہ ایک نیا MAF فراہم کرونگا۔ اگر ایسا نه کیا گیا، ایک OSH طبی نگہداشت پیشہ ور میرے بچے کا معاننہ کرسکتا ہے تاوقتیکہ میں اسکول نرس کو اس بیان کے ساتھ ایک خط فراہم نه کر دوں که میں OSH طبی نگہداشت پیشہ ور کے ذریع اپنے بچے کا معاننہ نہیں کرانا چاہتا۔ OSH طبی نگہداشت پیشہ ور میرے بچ کے دے کی علامات اور نسیخ وآلی دمہ کی دوا سے ردِعمل کی تشخیص کرسکتا ہے۔ OSH طبی نگہداشت پیشہ ور یہ فیصلہ کرسکتا ہے کہ آیا دوا کا آرڈر وہی ریے گا یا اسے تبدیل کرنے کی ضرورت ہے۔ OSH طبی نگہداشت پیشہ ور ایک نیا MAF پُر کر سکتا ہے تاکه میرا بچہ OSH کُے ذریع صحت سے متعلقه خدمات موصول کرنا جاری رکھا جا سکے۔ میر بے صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور یا OSH صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کو مستقبل میں دمہ کے MAFs پر میری دستخط کی ضرورت نہیں ہو گی۔ اگر OSH طبی نگہداشت پیشہ ور میر بے بچ کے لیے ایک نیا MAF مکمل کرتا ہے، OSH طبی نگہداشت پیشہ ور مجھے اور میرے بچ کے طبی نگہداشت پیشہ ور کو مطلع کرنے کی کوشش کرے گا۔
 - اس فارم میں وضاحت کردہ دمه کی خدمات کے لیے یه فارم میری اجازت اور درخواست کی نمائندگی کرتا ہے۔ یه 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 بچ کو ایک طالب علم سہولت منصوبے کی بھی ضرورت ہو سکتی ہے۔ اس منصوبے کو اسکول
- OSH میرے بچے کو درکار نگہداشت یا علاج کی فراہمی کے لیے، کوئی بھی دیگر معلومات حاصل کرسکتا ہے جو انکے خیال میں میرے بچے کی طبی صورتِ حال، دوائی دینے 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 میر بے بچے کو صحت سے متعلقه خدمات فراسم کی ہیں۔

خود ادویات لینا (صرف برائے خود مختار طلبا):

● میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں که میرا بچه مکمل تربیت یافته ہے اور وہ خود دوا لے سکتا ہے۔ میں اپنے بچے کو اس فارم میں تجویز کردہ ادویات کو اسکول میں اپنے ساتھ رکھنے، محفوظ رکھنے اور لینے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں مذکورہ بالا کے مطابق اپنے بچے کو یه دوا بوتلوں یا ڈبوں میں دینے کا ذمه دار ہوں۔ میں اپنے بچے کی دوا استعمال کرنے کی جانج کرنے، اور اسکول میں میرے بچے کے اس دوا کے استعمال کے تمام نتائج کا بھی ذمه دار ہوں۔ اسکول نرس میرے بچے کی دوا اپنے ساتھ رکھنے اور خود سے لینے کی اہلیت کی تصدیق کرے گا / کی۔ میں اس پر بھی آمادہ ہوں که اسکول کو دوا ایک واضح لیبل لکے ہوئے ڈے یا بوتل میں"محفوظ ذخیرہ" (بیک اپ) کے لیے دوں گا۔ توجہ: اگر آب ذخیرہ میں سے ادویات استعمال کرنا چاہتے ہیں، آپکو دمه انہیلر اپینیفرین، اور دیگر منظور شده خود دینے والی دوائیاں اپنے بچے کے ساتھ اسکول تفریحی دورے کے دن اور / یا اسکول بعد پروگرام کے لیے اسکول بھیجنا لازی مے تاکه وہ اسے دستیاب رہیں۔ ذخیرہ کردہ ادویات صرف OSH عملے کے ذریعے صرف اسکول میں استعمال کے لیے ہیں۔

*	انه مختص ناد	۵.)	iali M.,	ا لب علم كا آخرى نام:		
: ضلع:	برو			مكول (ATS DBN/ نام):		
ت کا ای میل:	والدين سرپرس_		دین / سرپرست کا نام (جلی حروف میں):			
ريخ:			الدين / سرپرست كےدستخط:			
				لدين / سرپرست كا پته:		
	دیگر فون		الدين / سرپرست كا سيل فون:			
				یگر سنگامی رابطه نام/ رشته:		
				یگر سنگامی رابطه فون:		
For Office of School	Health (OSH) U	se Only /	ت (OSH) کے استعمال کے لیے	صرف اسکول کا دفترِ صح		
SIS Number: Received by -		- Name:		Date:		
			Date:			
Referred to School 504 Coordinator:	☐ Yes	□ No				
Services provided by: Nurse/NP		☐ osh i	Public Health Advisor (for super	vised students only)		
School Based H Signature and Title (RN OR MD/DO/NP):	ealth Center	□ osh /	GH Asthma Case Manager (For supervised students only)			
Revisions per Office of School Health at		th prescribing :	oractitioner:	ed Modified		

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