يرجى لصق
صورة
التلميذ(ة) هنا

عام دوائی دینے کا فارم

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

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

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۔

طالب علم کا آخری نام: ______________________________ پہلا نام: ____________________________ درمیانی نام: ______ تاریخِ 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: ____________________

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS

FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT

Rev 2/22

والدین نے صفحہ 2← پر لازماً دستخط کرنا ہے

عام دوائی دینے کا فارم

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

فراہم کنندہ کے لیے ادویات آرڈر کرنے کا فارم| اسکول کا دفترِ 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۔

والدین / سرپرست: مطالعہ کریں، مکمل کریں اور دستخط کریں۔ ذیل میں دستخط کرکے 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 "کاونٹر پر ملنے والی" دوائیں، جو میں اسکول کو دونگا وہ نئی، سیل بند، اور اصل بوتل یا ڈبے 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 ڈبے یا بوتل پر اصل فارمیسی کا لیبل لگا ہونا لازمی ہے۔ لیبل پر لازماً شامل ہونا چاہیئے: 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 دفترِ 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 کرکے 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 صورتِ 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 مختارطلبا):

- 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 ڈبے 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: ______ تاریخِ پیدائش: ________________

اسکول (ATS DBN/نام): ____ برو: _________ ضلع: ________

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

والدین / سرپرست کےدستخط: ____ 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 ɗ 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

Confidential Information should not be sent by email