



طالب علم کی  
تصویر یہاں  
لگائیں۔

الرجیز / اینافائلیکسس (ALLERGIES/ANAPHYLAXIS) ادویات دینے کا فارم  
فراہم 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 کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔

طالب علم کا آخری نام: \_\_\_\_\_ پہلا نام: \_\_\_\_\_ درمیانہ \_\_\_\_\_ تاریخ پیدائش: \_\_\_\_\_  
جنس: ☐ لڑکا ☐ لڑکی OSIS نمبر: \_\_\_\_\_ وزن: \_\_\_\_\_  
اسکول (نام، نمبر، پتہ اور برو شامل کریں): \_\_\_\_\_  
DOE ضلع \_\_\_\_\_ گریڈ: \_\_\_\_\_ کلاس: \_\_\_\_\_

**Diagnosis/Seizure Type:**

**HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW**

- ☐ Localization related (focal) epilepsy ☐ Primary generalized ☐ Secondary generalized ☐ Childhood/juvenile absence  
☐ Myoclonic ☐ Infantile spasms ☐ Non-convulsive seizures ☐ Other (please describe below)

Seizure Type	Duration	Frequency	Description	Triggers/Warning Signs/Pre-Ictal Phase

**Post-ictal presentation:**

**Seizure History:** Describe history & most recent episode (date, trigger, pattern, duration, treatment, hospitalization, ED visits, etc.):

Status Epilepticus? ☐ No ☐ Yes Has student had surgery for epilepsy? ☐ No ☐ Yes - Date: \_\_\_\_\_

**TREATMENT PROTOCOL DURING SCHOOL:**

**A. In-School Medications**

**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: \_\_\_\_\_

Name of Medication	Formulation	Dose	Route	Frequency or Time	Side Effects/Specific Instructions

**B. Emergency Medication(s) (list in order of administration) [Nurse must administer] ; CALL 911 immediately after administration**

Name of Medication	Concentration/Preparation	Dose	Route	Administer After	Side Effects/Specific Instructions
				min	
				min	

**C. Does student have a Vagal Nerve Stimulator (VNS)? (any trained adult can administer)** ☐ No ☐ Yes, If YES, describe magnet use:

☐ Swipe magnet ☐ immediately ☐ within \_\_\_\_\_ min; if seizure continues, repeat after \_\_\_\_\_ min \_\_\_\_\_ times

Give emergency medication after \_\_\_\_\_ min and call 911

**Activities:**

Adaptive/protective equipment (e.g., helmet) used? ☐ No ☐ Yes

Gym/physical activity participation restrictions? ☐ No ☐ Yes - If YES, please complete the Medical Request for Accommodations Form

☐ Other: \_\_\_\_\_

☐ 504 accommodations requested (e.g., supervision for swimming)? ☐ Yes (attach form) ☐ No

Home Medication(s) <input type="checkbox"/> None	Dosage, Route, Directions	Side Effects/Specific Instructions

Other special instructions:

**Health Care Practitioner** Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

(Please Check 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

T&I 33404 Seizure MAF 2021-22 (Urdu)

Rev 3/21

→ والدین کے لیے صفحہ 2 پر دستخط کرنے لازمی ہیں

والدین / سرپرست مطالعہ کریں، مکمل کریں اور دستخط کریں۔ ذیل میں دستخط کر کے میں اس پر متفق ہوں کہ:

- 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۔
- میں سمجھتا ہوں کہ:
  - مجھے اسکول نرس کو اپنے بچے کی دوا اور آلات دینا لازمی ہیں۔ میں اسکول کو ایپنیفرین پین بازگردانی (retractable) سوئیوں کے ساتھ دینے کی کوشش کرونگا۔
  - تمام نسخے والی اور "کاؤنٹر 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 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۔
  - میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میں نے اپنے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور سے اس بات کی جانچ کر لی ہے اور یہ کہ میں OSH کو میرے بچے کی دوا یا ایپنیفرین دستیاب نہ ہونے کی صورت میں میرے بچے کے ذخیرے (اسٹاک) سے دوا دینے کی اجازت دیتا ہوں۔
  - میں اپنے بچے کی دوا یا صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات میں کسی بھی تبدیلی سے اسکول نرس کو فوری طور پر لازمی آگاہ کرونگا۔
  - میرے بچے کو مذکورہ بالا صحت سے متعلقہ خدمت (خدمات) فراہم کرنے میں شامل OSH اور اسکول کارنر پر دی گئی معلومات کی درستگی پر انحصار کر رہے ہیں۔
  - ادویات دینے کے اس فارم (MAF) پر دستخط کر کے، میں اسکول کے دفتر صحت (OSH) کو میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کرنے کی اجازت دیتا ہوں۔ ان خدمات میں لیکن انہی تک محدود نہیں، میں OSH کے طبی نگہداشت پیشہ ور یا نرس کے ذریعے کلینک ٹشخیص یا ایک جسمانی معائنہ شامل ہو سکتی ہیں۔
  - اس MAF میں دوا کا آرڈر میرے بچے کے تعلیمی سال کے آخر میں منسوخ ہوجائے گا، جس میں گرمیوں کا دورانیہ شامل ہو سکتا 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 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 الرجی 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 نگہداشت یا علاج کی فراہمی کے مقاصد کے لیے، دیگر کوئی بھی معلومات حاصل کرسکتا ہے جو انکے خیال میں میرے بچے کی طبی صورت حال، دوا یا علاج کے لیے درکار ہیں۔ 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 لائے، محفوظ کرنے اور خود سے لینے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں اپنے بچے کو یہ دوا بوتلوں یا ڈبوں میں دینے کا ذمہ دار ہوں۔
- مذکورہ بالا کے مطابق میں اپنے بچے کی دوا استعمال کرنے کی جانچ کرے، 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۔
- اگر میرا بچہ عارضی طور پر دوا اپنے ساتھ رکھنے اور خود سے لینے سے قاصر ہو جائے تو میں اسکول نرس یا تربیت یافتہ اسکول عمل کو میرے بچے کو ایپنیفرین دینے کی اجازت دیتا ہوں۔
- توجہ: اگر آپ ذخیرے میں سے استعمال کرنا چاہتے ہیں، آپکو اسکول کے تفریحی دوروں کے ایام میں اور / یا بعد از اسکول پروگرام کے لیے ایپنیفرین، دمہ دم کش (انہیلر) اور خود سے لینے والی منظور شدہ ادویات کو اپنے بچے کے ساتھ بھیجنا لازمی ہے تاکہ یہ اسے دستیاب رہیں۔ ذخیرہ کردہ ادویات صرف OSH عمل کے ذریعے صرف اسکول میں استعمال کرنے کے لیے ہیں۔

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: \_\_\_\_\_

والدین / سرپرست کا سیل فون: \_\_\_\_\_ دیگر فون \_\_\_\_\_

دیگر ہنگامی رابطہ نام / رشتہ: \_\_\_\_\_

دیگر ہنگامی رابطہ فون: \_\_\_\_\_

#### صرف اسکول کا دفتر صحت (OSH) کے استعمال کے لیے / 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