

طالب علم کی  
فوٹو یہاں  
چسپاں کریں

دورے کی دوائی دینے کا فارم  
ادویات فراہم کنندہ کا آرڈر فارم | اسکول کا دفتر صحت | تعلیمی سال 2020-2021  
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	درمیانہ مختصر	تاریخ پیدائش ____/____/____ سال دن مہینہ
<input type="checkbox"/> لڑکا <input type="checkbox"/> لڑکی	وزن _____ کیلو گرام		او ایس آئی ایس نمبر _____
اسکول (ATSDBN / نام، نمبر، پتہ اور برو شامل کریں)	DOE ضلع	گریڈ	کلاس

**HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW**

**Diagnosis/Seizure Type:**  
 Localization related (focal) epilepsy     Primary generalized     Secondary generalized     Childhood/juvenile absence  
 Myoclonic     Infantile spasms     Non-convulsive seizures     Other (please describe)

Seizure Type	Duration	Frequency	Description	Triggers/Warning Signs

**Post-ictal presentation:** \_\_\_\_\_

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

Has student had surgery for epilepsy?  No  Yes

---

**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     Independent Student: student is self-carry/self-administer  
 Supervised Student: student self-administers, under adult supervision     I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/fieldtrips/school sponsored events.

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

**B. 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

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

Name of Medication	Concentration/ Preparation	Dose	Route	Administer Within	Side Effects/Special Instructions

**ACTIVITIES:**  
 Adaptive/protective equipment (e.g. helmet) used?  No  Yes If YES, please describe:  
 Gym/physical activity participation restrictions?  Yes  No If YES, please describe:  
 No contact sports     1:1 for swimming     Harness for climbing     Field trips     Other: \_\_\_\_\_

504 accommodations requested?  Yes (attach form)  No

Home Medication(s)	Dosage, Route, Directions	Side Effects/Special Instructions

Other special instructions: \_\_\_\_\_

Health Care Practitioner Name LAST (Please print and circle one: MD, DO, NP, PA)	FIRST	Signature	Date ____/____/____
Address		Tel. (____)____-____	Fax. (____)____-____
NYS License # (Required)	NPI #		

پیشہ ور کی نامکمل معلومات کی وجہ سے ادویات منگانے میں تاخیر ہو گی    ORDERS  
 ایک ریزیڈنٹ فارم کو مکمل نہیں کر سکتا    ترمیم والدین لازماً صفحہ 2 پر دستخط کریں

## دورے کی دوائی دینے کا فارم

ادویات فراہم کنندہ کا آرڈر فارم | اسکول کا دفتر صحت | تعلیمی سال 2020-2021  
براہ کرم اسکول نرس کو واپس کریں۔ 1 جون کے بعد جمع کروانے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کر سکتے ہیں۔

### 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 دینے لازمی ہیں۔ میں اسکول کو ایپنیفرین پین اور بازگردانی (retractable) سونیاں دینے کی کوشش کرونگا۔
  - تمام نسخے والی اور "کاونٹر پر ملنے والی" دوائیں جو میں اسکول کو دونگا وہ نئی، بند، اور اصل بوتل یا ڈبے میں ہونی لازمی ہیں۔ میں اپنے بچے کو اسکول کے دنوں میں استعمال کے لیے حالیہ، غیر منسوخ شدہ دوائی استعمال کرنے کے لیے فراہم کروں گا۔
    - نسخے والی دوا کے ڈبے یا بوتل پر اصل فارمیسی کا لیبل ہونا لازمی ہے۔ لیبل پر لازماً شامل ہو: (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 کے ساتھ بات کی ہے اور یہ کہ میں OSH کو میرے بچے کی دوا یا ایپنیفرین دستیاب نہ ہونے کی صورت میں ذخیرہ شدہ (اسٹاک) دوا دینے کی اجازت دیتا ہوں۔
  - مجھے اپنے بچے کی دوا یا صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات میں کسی بھی تبدیلی سے اسکول نرس کو فوراً آگاہ کرنا لازمی ہے۔
  - میرے بچے کو مذکورہ بالا صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کرنے میں معاون OSH اور اسکے کارندے اس فارم پر دی گئی معلومات کی درستگی پر انحصار کرتے ہیں۔
  - ادویات دینے کے 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 لیکن انہی تک محدود نہیں، میں OSH کے طبی نگہداشت پیشہ ور یا نرس کے ذریعے کلینکل تشخیص یا ایک جسمانی معائنہ شامل ہو سکتا ہے۔
  - اس MAF میں دوا کا آرڈر میرے بچے کے تعلیمی سال کے آخر میں ختم ہوجائے گا، جس میں گرمیوں کا سیشن شامل ہو سکتا ہے، یا جب میں اسکول نرس کو ایک نیا MAF فراہم کروں (جو بھی جلد واقع ہو)۔ جب اس دوا کے آرڈر کی معیاد ختم ہوجائے گی، 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۔
  - یہ فارم میری اجازت اور اس فارم میں بیان کردہ الرجی خدمات کی 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 تو میرے بچے کو ایک طلبا کے سہولیات کے منصوبے کی بھی ضرورت ہو سکتی ہے۔ یہ منصوبہ اسکول مکمل کرے گا۔
  - OSH میرے بچے کو درکار نگہداشت یا معالجے کی فراہمی کے لیے، دیگر کوئی بھی معلومات حاصل کر سکتا ہے جو انکے خیال میں میرے بچے کی طبی صورت حال، دوا یا علاج کے لیے ضروری ہے۔ OSH یہ معلومات کسی بھی طبی نگہداشت کے پیشہ ور، نرس، یا دوا فروش سے حاصل کر سکتا ہے جنہوں نے میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کی ہیں۔

### ادویات کی خود-انتظامی (صرف خود مختار طلبا کے لیے):

- میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میرا بچہ مکمل تربیت یافتہ ہے اور وہ خود دوا لے سکتا / سکتی 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 کے مطابق اپنے بچے کو یہ دوا بوتلوں یا ڈبوں میں دینے کا ذمہ دار ہوں۔ میں اپنے بچے کے دوا کے استعمال کرنے، اور اسکول میں میرے بچے کے اس دوا کے استعمال کے نتائج کا بھی ذمہ دار ہوں۔ اسکول نرس میرے بچے کی دوا ساتھ رکھنے اور خود سے لینے کی اہلیت کی تصدیق کرے گی۔ میں اسکول کو "ایک اپ" دوا ایک واضح لیبل والے ڈبے یا بوتل میں دینے پر بھی رضامند ہوں۔
  - اگر میرا بچہ عارضی طور پر دوا ساتھ رکھنے اور خود سے لینے سے قاصر ہو تو میں اسکول نرس یا تربیت یافتہ اسکول عملے کو میرے بچے کو ایپنیفرین دینے کی اجازت دیتا ہوں۔
- توجہ: اگر آپ ذخیرہ استعمال کرنا چاہتے ہیں، آپکو اسکول کے تفریحی دوروں کے ایام اور / یا اسکول بعد پروگرام کے لیے ایپنیفرین، دمہ دم کش (inhaler) اور خود سے لینے والی منظور کردہ ادویات کو اپنے بچے کے ساتھ بھیجنا لازمی ہے تاکہ یہ اسے دستیاب رہیں۔ اسٹاک ادویات صرف OSH عملے کے ذریعے صرف اسکول میں استعمال کے لیے ہیں۔

طالب علم کا آخری نام	پہلا نام	درمیانے نام کا حرف	تاریخ پیدائش	اسکول
اسکول کا ATSDBN / نام	برو	ضلع	تاریخ پیدائش	اسکول
والدین / سرپرست کا نام جلی حروف میں	والدین / سرپرست کے دستخط	دستخط کرنے کی تاریخ	والدین / سرپرست کا پتہ	والدین / سرپرست کی ای میل
ٹیلیفون نمبر: دن کے وقت	گھر	سیل فون	رابطے کا ٹیلیفون نمبر	طالب علم کے ساتھ رشتہ
بنگامی حالات میں متبادل رابطے کا نام	طالب علم کے ساتھ رشتہ	رابطے کا ٹیلیفون نمبر		

For Office of School Health (OSH) Use Only / صرف دفتر برائے اسکول میں صحت (OSH) کے استعمال کے لیے

OSIS Number:

Received by: Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Reviewed by: Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

504  IEP  Other 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  Modified  Not Modified

رازداری کی معلومات کو ای میل کے ذریعے نہیں بھیجا جاتا  
صرف چھپائی کے مقصد کے لیے