এখানে
শিক্ষার্থীর ছবি
সংযুক্ত করুন

জেনারেল মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্ম

এই ফর্মটি ডায়াবিটিজ, সিজার, অ্যাজমা অথবা অ্যালার্জির ওষুধের জন্য ব্যবহার করা যাবে না

সেবা প্রদানকারীর ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত নির্দেশনার ফর্ম | অফিস অভ স্কুল হেলথ্ | 2021-2022 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: ____________

OSIS নম্বর: ______________________ লিঙ্গ: ◯ পুরুষ ◯ স্ত্রী

স্কুল (নাম, নম্বর, ঠিকানা, এবং বরো অন্তর্ভুক্ত করুন): ____ DOE ডিস্ট্রিক্ট: ______ গ্রেড: _______ ক্লাস______

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

পিতামাতা অবশ্যই 2 নং পৃষ্ঠায় স্বাক্ষর করবেন ➔

জেনারেল মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্ম

এই ফর্মটি ডায়াবিটিজ, সিজার, অ্যাজমা অথবা অ্যালার্জির ওষুধের জন্য ব্যবহার করা যাবে না

সেবা প্রদানকারীর ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত নির্দেশনার ফর্ম | অফিস অভ স্কুল হেলথ্ | 2021-2022 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।

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

1. 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।
2. **আমি বুঝি যে:**
   - আমি অবশ্যই স্কুল নার্সকে আমার সন্তানের ঔষধ এবং সরঞ্জাম (ইক্যুইপমেন্ট) দিব।
   - **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।** স্কুল দিবসে ব্যবহার করার জন্য আমি স্কুলে বর্তমান, বাতিল (এক্সপায়ার) হয়ে যায়নি 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 এবং ফোন নম্বর, 3) আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নাম, 4) তারিখ, 5) রিফিলের সংখ্যা, 6) ঔষধের নাম, 7) সেবনের পরিমান (ডোসেজ), 8) কখন ঔষধ নিতে হবে, 9) কীভাবে ঔষধ সেবন করতে হবে এবং 10) অন্য নির্দেশনাসমূহ।
   - আমার সন্তানের ঔষধে অথবা স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনায় কোনও পরিবর্তন হলে স্কুল নার্সকে অবশ্যই **অতিসত্বর** জানাতে হবে।
   - **কোনও শিক্ষার্থী নেশাকর নিষিদ্ধ দ্রব্য (কন্ট্রোল সাবস্টেন্স) নিজে বহন করতে অথবা সেবন করতে পারবে না।**
   - অফিস অভ স্কুল হেলথ (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, OSH আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদান করতে পারে। 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)।
   - আমার সন্তানের শিক্ষা বছরের শেষে, এতে গ্রীষ্মকালীন সেশন অন্তর্ভুক্ত হতে পারে, অথবা যখন আমি স্কুল নার্সের কাছে একটি নতুন MAF জমা দিব (যেটা আগে হবে), তখন এই MAF-টিতে যে ঔষধ সেবনের নির্দেশনা দেয়া আছে তা বাতিল হয়ে যাবে। যখন ঔষধ সেবনের নির্দেশনা মেয়াদোত্তীর্ণ (এক্সপায়ার্ড) হয়ে যাবে, আমাকে তখন সন্তানের স্কুল নার্সের কাছে স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর দ্বারা পূরণকৃত নতুন একটি MAF প্রদান করতে হবে। ভবিষ্যতে MAF-এর জন্য আমার স্বাক্ষর OSH-এর প্রয়োজন হবে না।
   - এই ফর্মটি আমার অনুমতি এবং এই ফর্মে ঔষধ (মেডিকেশন) প্রদানজনিত 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 শারীরিক অবস্থা, 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 সেবনের জন্য (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।

দ্রষ্টব্য: ভাল হয় যদি, যেদিন স্কুল ট্রিপ হবে অথবা অফ-সাইট স্কুল কর্মকাণ্ড হবে সেদিন আপনি আপনার সন্তানের ঔষধ এবং সরঞ্জাম (ইক্যুইপমেন্ট) পাঠিয়ে দেন।

শিক্ষার্থীর শেষ নাম: ______________________________ প্রথম নাম: ______________________________ MI: ______________________ 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: ____

ফোন নম্বর: দিনে: ____________________________বাড়ি____________________________ সেলফোন: ____________________________

জরুরী পরিস্থিতিতে বিকল্প যোগাযোগ:

নাম: ______________________________________ শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক: ________________ ফোন নম্বর:__________________________

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 as per OSH contact with prescribing health care practitioner: ☐ Clarified ☐ Modified

Confidential Information should not be sent by email