



## 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 دفتر صحت | تعلیمی سال 2023-2024  
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: \_\_\_\_\_ تاریخ پیدائش: \_\_\_\_\_

OSIS نمبر: \_\_\_\_\_  
صنف: لڑکا  لڑکی

اسکول ( نام، نمبر، پتہ اور برو شامل کریں): \_\_\_\_\_  
DOE ضلع \_\_\_\_\_ گریڈ: \_\_\_\_\_

### 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/nurse-trained staff 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/nurse-trained staff 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): \_\_\_\_\_ PI No: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Rev 3/23

والدین کے لیے صفحہ 2 ← پر دستخط کرنا لازمی ہے

## عام دوائی دینے کا فارم

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

ادویات آرڈر کرنے کا فارم | اسکول کا دفتر صحت | تعلیمی سال 2023-2024

براہ کرم اسکول نرس / اسکول میں قائم مرکز صحت 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 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/SBHC فراہم کنندہ کو اپنے بچے کی دوا اور آلات دینا لازمی ہیں۔

• تمام نسخے والی اور "کاؤنٹر پر ملنے والی" دوائیں، جو میں اسکول کو دونگا و 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 جانے، (9) دوا کیسے لی جانے اور (10) کوئی دیگر ہدایات۔

• مجھے اپنے بچے کی دوا یا صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات میں کسی بھی تبدیلی سے اسکول نرس/SBHC فراہم کنندہ کو لازماً فوری طور پر آگاہ کرنا لازمی ہے۔

• کسی بھی طالب علم کو ممنوعہ اشیاء رکھنے یا اپنے آپ لینے کی اجازت نہیں ہے۔

• اسکول کا دفتر 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 کر کے 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/SBHC فراہم کنندہ 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/SBHC فراہم کنندہ کو میرے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور کے ذریعے تحریر کردہ ایک نیا MAF فراہم کرونگا۔

• 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 جز 504 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 ایک خیال میں میرے بچے کی طبی صورت 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 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 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/SBHC فراہم کنندہ 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: \_\_\_\_\_ درمیانیہ مختصر نام: \_\_\_\_\_ تاریخ پیدائش: \_\_\_\_\_

اسکول (نام/ATS DBN): \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

ٹیلیفون نمبر: \_\_\_\_\_ دن کے وقت: \_\_\_\_\_ گھر \_\_\_\_\_ سیل فون: \_\_\_\_\_

ہنگامی صورت میں متبادل رابطہ فرد:

نام: \_\_\_\_\_ طالب علم کے ساتھ رشتہ: \_\_\_\_\_ فون نمبر: \_\_\_\_\_

### 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