



অ্যালার্জি/অ্যানাফিল্যাক্সিস ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত ফর্ম

সেবা প্রদানকারীর ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত নির্দেশনার ফর্ম | অফিস অভ স্কুল হেলথ | 2023-2024 শিক্ষা বছর

অনুগ্রহ করে স্কুল নার্সের কাছে/স্কুল ডিস্ট্রিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে (হেলথ সেন্টারে) ফেরত দিন। পহেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেবি হতে পারে।

শিক্ষার্থীর শেষ নাম: _____ প্রথম নাম: _____ মধ্য নাম: _____ জন্মতারিখ: _____

লিঙ্গ: পুরুষ নারী OSIS নম্বর: _____ ওজন: _____

স্কুল (নাম, নম্বর, ঠিকানা, এবং বরো অন্তর্ভুক্ত করুন): _____

DOE ডিস্ট্রিক্ট: _____ থেড: _____ ক্লাস: _____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

Specify Allergies: _____

History of asthma? Yes (If yes, student has an increased risk for a severe reaction; complete the Asthma MAF for this student) No

History of anaphylaxis? Yes Date: _____ No

If yes, system affected Respiratory Skin GI Cardiovascular Neurologic

Treatment: _____ Date: _____

Does this student have the ability to:

Self-Manage (See 'Student Skill Level' below) Yes No

Recognize signs of allergic reactions Yes No

Recognize and avoid allergens independently Yes No

SEVERE REACTION

Select In-School Medications

A. Immediately administer epinephrine ordered below, then call 911.

0.1 mg 0.15 mg 0.3 mg

Give intramuscularly in the anterolateral thigh for any of the following signs/symptoms (retractable devices preferred) :

- Shortness of breath, wheezing, or coughing
- Fainting or dizziness
- Lip or tongue swelling that bothers breathing
- Pale or bluish skin color
- Tight or hoarse throat
- Vomiting or diarrhea (if severe or combined with other symptoms)
- Weak pulse
- Trouble breathing or swallowing
- Feeling of doom, confusion, altered consciousness or agitation
- Many hives or redness over body

Other: _____

If this box is checked, child has an extremely severe allergy to an insect sting or the following food(s): _____

Even if child has MILD signs/symptoms after a sting or eating these foods, give epinephrine and call 911.

B. If no improvement, or if signs/symptoms recur, repeat in _____ minutes for maximum of _____ times (not to exceed a total of 3 doses)

If this box is checked, give antihistamine after epinephrine administration (order antihistamine below)

Student Skill Level (select the most appropriate option):

Nurse-Dependent Student: 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: _____

MILD REACTION (parent must supply medicine for use in medical room)

A. For any of the following sign and symptoms _____, give:

- Benadryl _____ mg po Q6 hours prn

• Name: _____ Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ PO Q4 hours Q6 hours Q12 hours prn

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

I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events - Practitioner's Initials: _____

OTHER MEDICATION

• Give Name: _____ Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ PO Q _____ hours prn

Specify signs, symptoms, or situations: _____

If no improvement, indicate instructions: _____

Conditions under which medication should not be given: _____

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

I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events - Practitioner's Initials: _____

Home Medications (include over the counter) None

Health Care Practitioners

Last Name (Print): _____ First Name (Print): _____ Signature: _____

NYS License # (Required): _____ NPI #: _____ Please check one: MD DO NP PA Date: _____

Address: _____ E-mail address: _____

Tel: _____ FAX: _____ Cell Phone: _____

অ্যালার্জি/অ্যানাফিল্যাক্সিস ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত ফর্ম

সেবা প্রদানকারীর ঔষধ প্রদান সংক্রান্ত নির্দেশনার ফর্ম | অফিস অভ স্কুল হেলথ | 2023-2024 শিক্ষা বছর
অনুগ্রহ করে স্কুল নার্সের কাছে/স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে (হেলথ সেন্টারে) ফেরত দিন। পহেলা (1) জুনের পর ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন শিক্ষা বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ করতে দেয়ি হতে পারে।

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

- 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।
- আমি বুঝি যে:
 - আমি অবশ্যই স্কুল নার্সকে/পরিষেবা প্রদানকারী স্কুল ভিত্তিক স্বাস্থ্য কেন্দ্রে (স্কুল বেসড হেলথ সেন্টার, SBHC) আমার সন্তানের ঔষধ এবং সরঞ্জাম দিব। আমি স্কুলে রিট্রাক্টেবল নিডল সহ এপিনেফ্রিন পেন দেয়ার চেষ্টা করব।
 - 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 বর্তমানে গ্রহণ করছি, মেয়াদোত্তীর্ণ হয়ে যায়নি এমন ঔষধ স্কুলে 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 ও ফোন নম্বর, 3) আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নাম, 4) তারিখ, 5) রিফিল সংখ্যা, 6) ঔষধের নাম, 7) ডোজ 8) ঔষধ সেবনের সময়, 9) ঔষধ কীভাবে সেবন করতে হবে এবং 10) অন্য সব নির্দেশনা।
 - আমি এতদ্বারা প্রত্যয়ন/নিশ্চিত করছি যে, আমি আমার সন্তানের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর সাথে কথা বলেছি এবং কোনও সময় যদি আমার সন্তানের ব্যবস্থাপত্রে দেয়া অ্যাজমা অথবা এপিনেফ্রিন ঔষধ সঙ্গে না থাকে, তখন আমার সন্তানকে মণ্ডুদকৃত ঔষধ প্রদান করার জন্য আমি OSH-কে অনুমোদন দিচ্ছি।
 - আমার সন্তানের ঔষধে অথবা স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনায় কোনও পরিবর্তন হলে স্কুল নার্সকে/পরিষেবা প্রদানকারী SBHC-কে অবশ্যই **অতিসত্বর** জানাতে হবে।
 - OSH এবং এর এজেন্টরা, যারা আমার সন্তানকে উপরোক্ত স্বাস্থ্য পরিষেবা(সমূহ) প্রদান করেন, তারা এই ফর্মের তথ্যের সঠিকতার উপর নির্ভর করেন।
 - এই মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্মটি (MAF) স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি অফিস অভ স্কুল হেলথ-কে (OSH) আমাদের সন্তানকে স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানের অনুমতি দিচ্ছি। 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 নার্সকে/পরিষেবা প্রদানকারী SBHC-কে 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 (এক্সপায়ার) হয়ে যাবে, আমি তখন আমার সন্তানের স্কুল নার্সকে/পরিষেবা প্রদানকারী SBHC-কে স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর দ্বারা পূরণকৃত নতুন একটি MAF অবশ্যই প্রদান করবো।
 - এই ফর্মটি আমার অনুমতি এবং এই ফর্মে অ্যালার্জি জনিত 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 সেকশন 504 অ্যাকোমোডেশন প্ল্যান (বিশেষ সুবিধার পরিকল্পনা) প্রয়োজন হতে পারে। এই প্ল্যানটি (পরিকল্পনা) স্কুল পূরণ করবে।
 - আমার সন্তানকে সেবা এবং চিকিৎসা প্রদানের উদ্দেশ্যে, OSH প্রয়োজন মনে করলে আমার সন্তানের স্বাস্থ্যগত অবস্থা (মেডিক্যাল কন্ডিশন), ঔষধ অথবা চিকিৎসা সম্পর্কিত অন্যান্য তথ্য সংগ্রহ করতে পারে। যেসব হেলথ কেয়ার প্র্যাকটিশনার (স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী), নার্স, অথবা ফার্মাসিস্ট আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য সেবা প্রদান করেছেন, তাদের কাছ থেকে এসব তথ্য OSH সংগ্রহ করতে পারে।

নিজে ঔষধ সেবন (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/পরিষেবা প্রদানকারী SBHC নিশ্চিত করবেন। আমি স্কুলে স্পষ্টভাবে লেবেল করা বাক্স অথবা বোতলে "মণ্ডুদকৃত" (ব্যাক আপ) ঔষধ সংরক্ষণের জন্য দিতে সম্মত।
 - যদি আমার সন্তান সাময়িকভাবে ঔষধ বহন করতে অথবা নিজে ঔষধ সেবন করতে অক্ষম হয়, তবে স্কুল নার্স অথবা প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত স্কুল কর্মীগণকে তাকে ঔষধ প্রদান করার অনুমতি দিচ্ছি।
- দ্রষ্টব্য:** আপনি যদি স্টক (সুনির্দিষ্ট মজুত) ব্যবহারের সিদ্ধান্ত নিয়ে থাকেন, আপনাকে অবশ্যই আপনার সন্তানের এপিনেফ্রিন, অ্যাজমা ইনহেলার এবং অনুমোদিত অন্য যেসব ঔষধ নিজে নিজে দেয়া যায় সেগুলি স্কুল ট্রিপ এবং/অথবা আফটার স্কুল কর্মসূচির সময় তার সাথে পাঠিয়ে দেবেন যেন সেগুলি প্রয়োজনে তার জন্য সহজলভ্য হয়। স্টক মেডিকেশন (সুনির্দিষ্ট মজুত ঔষধ) শুধুমাত্র OSH স্টাফ দ্বারা স্কুলে ব্যবহারের জন্য।

শিক্ষার্থীর শেষ নাম: _____ প্রথম নাম: _____ মধ্য: _____ জন্মতারিখ: _____
স্কুল (ATS DBN/নাম): _____ বরো: _____ ডিস্ট্রিক্ট: _____
পিতামাতা/অভিভাবকের নাম (ইংরেজি বড় অক্ষরে): _____ পিতামাতা/অভিভাবকের ইমেইল: _____
পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর: _____ স্বাক্ষর দেয়ার তারিখ: _____
পিতামাতা/অভিভাবকের ঠিকানা: _____
পিতামাতা/অভিভাবকের সেলফোন: _____ অন্য ফোন নম্বর: _____
জরুরী পরিস্থিতিতে বিকল্প যোগাযোগ নাম/সম্পর্ক: _____
জরুরী পরিস্থিতিতে বিকল্প যোগাযোগ ফোন: _____

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 per Office of School Health after consultation with prescribing practitioner: Clarified Modified