

আমি এতদ্বারা আমি আমার ছেলেমেয়ের চিকিত্সকের পরামর্শ অনুযায়ী ঔষধ সংরক্ষণ ও সেবন করানোর এবং একই সাথে ঔষধ প্রয়োগের জন্য প্রয়োজনীয় যন্ত্র সংরক্ষণ ও তা ব্যবহার করে ঔষধ প্রদানের অনুমোদন দিচ্ছি। আমি জানি যে, আমাকে অবশ্যই স্কুলের কাছে ভেন্টোলিনভিন্ন ইনহেলারসহ প্রয়োজনীয় যন্ত্র ও ঔষধ পৌঁছে দিতে হবে যাতে তারা তা ব্যবহার করতে পারেন। ঔষধ ফার্মেসি থেকে যে পাতে সরবরাহ করা হয় (স্কুলের বাইরে আমার সন্তানের ব্যবহারের জন্য এরকম আরেকটি পাত্র আমাকে সংগ্রহ করতে হবে) তাতে যথোপযুক্ত লেবেল লাগিয়ে দিতে হবে; ব্যবস্থাপত্র প্রদত্ত ঔষধের লেবেল-এ অবশ্যই শিক্ষার্থীর নাম এবং ফার্মেসির ফোন নম্বর, লাইসেন্সধারী ব্যবস্থাপত্র প্রদানকারীর নাম, তারিখ ও রিফিল সংখ্যা, ঔষধের নাম, ডোজ, কতো ঘন ঘন ঔষধ প্রদান করতে হবে, কিভাবে ঔষধ প্রয়োগ করতে হবে এবং/অথবা অন্যান্য নির্দেশনা; কাউন্টার থেকে ব্যবস্থাপত্র ছাড়া কেনা ঔষধ ও ড্রাগের নমুনা অবশ্যই প্রস্তুতকারকের মূল পাতে থাকতে হবে যাতে শিক্ষার্থীর নাম উল্লেখ থাকবে। আমি জানি যে আমি কোন অ্যাজমা ইনহেলার প্রদান করলে সেটাকে তার মূল এবং অন্যান্য চিহ্নিত ঔষধের বক্স-এ দিতে হবে। আমি আরও জানি যে, ব্যবস্থাপত্র বা উপরে বর্ণিত নির্দেশনায় কোন পরিবর্তন হলে আমাকে অবশ্যই সাথে সাথে প্রিন্সিপ্যাল এবং/অথবা দায়িত্বপ্রাপ্ত ব্যক্তিকে বিশেষ করে স্কুল নার্সকে জানাতে হবে।

আমি জানি যে কোন শিক্ষার্থীকেই নিয়ন্ত্রিত ঔষধ বহন করতে বা নিজে নিজে সেবন করতে দেওয়া হবে না।

আমি জানি যে এই অনুমোদন শুধু নিম্নবর্ণিত তারিখের পূর্ব পর্যন্ত বৈধ থাকবে: (১) ২৭ জুন, ২০১৪ (শিক্ষার্থী নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব এডুকেশনের (“ডিপার্টমেন্ট”) স্পন্সর করা সামার ইন্সট্রাকশন প্রোগ্রাম-এ গেলে এই ব্যবস্থাপত্র অগাস্ট পর্যন্ত সম্প্রসারিত হতে পারে); অথবা (২) আমি যখন আমার সন্তানের চিকিত্সকের দেওয়া নতুন ব্যবস্থাপত্র বা উপরোক্ত ব্যবস্থাপত্রে উল্লিখিত ঔষধ ব্যবহারের নতুন নির্দেশনা প্রিন্সিপ্যাল বা দায়িত্বপ্রাপ্ত ব্যক্তির এবং নার্স-এর কাছে হস্তান্তর করবো। এই এমএএফ জমা দিয়ে আমি অনুরোধ করছি যে, আমার সন্তানকে যেনো ডিপার্টমেন্ট এবং নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ অ্যান্ড মেন্টাল হাইজিন (“ডিওএইচএমএইচ”)-এর অফিস অব স্কুল হেলথ (“ওএসএইচ”)-এর মাধ্যমে সুনির্দিষ্ট স্বাস্থ্য পরিসেবা প্রদান করা হয়। আমি জানি যে এই পরিসেবার একটি অংশ হিসেবে আমার সন্তানের ব্যবস্থাপত্রে নির্দেশিত ঔষধ কেমন কাজ করছে, সেটা জানতে ওএসএইচ-এর একজন চিকিত্সক একটি মূল্যায়ন পরিচালনা করতে পারেন। উপরে অনুরোধকৃত স্বাস্থ্যপরিসেবা সংক্রান্ত বিধানের সম্পূর্ণ নির্দেশনা এই এমএএফ-এর অন্তর্ভুক্ত আছে। আমি জানি যে, ডিপার্টমেন্ট, ডিওএইচএমএইচ এবং তাদের এজেন্টগণ, এবং উপরে অনুরোধকৃত স্বাস্থ্যপরিসেবা সংক্রান্ত বিধানের সাথে সংশ্লিষ্ট কর্মচারীরা এই ফরম-এ প্রদত্ত তথ্যের স্বাধীনতার উপর নির্ভর করেন। এই এমএএফ-এ দেওয়া তথ্য এবং নির্দেশনা অনুযায়ী যাতে আমার সন্তান স্বাস্থ্য পরিসেবা লাভ করে, সেটাই আমার উদ্দেশ্য। আমি আরও জানি যে ডিপার্টমেন্ট, ডিওএইচএমএইচ এবং তাদের এজেন্ট এই ঔষধের কোন বিরূপ প্রতিক্রিয়ার জন্য দায়বদ্ধ থাকবেন না।

এই ফরমটি যে অনুরোধকৃত পরিসেবা প্রদানের জন্য ডিপার্টমেন্ট বা ডিওএইচএমএইচ-এর কোন চুক্তি নয়, কিন্তু এটি বরং এসব পরিসেবার জন্য আমার অনুরোধ, সম্মতি এবং অনুমোদন। এটা নিশ্চিত যে এসব পরিসেবা আবশ্যিক, একটি স্টুডেন্ট অ্যাকোমোডেশন প্ল্যান-ও (শিক্ষার্থীর জন্য পরিকল্পিত বাড়তি সুযোগ) প্রয়োজনীয় হতে পারে এবং তা স্কুল কর্তৃক সম্পাদিত হবে।

আমি এতদ্বারা ডিপার্টমেন্ট, ডিওএইচএমএইচ এবং তাদের কর্মচারী ও এজেন্টগণকে প্রয়োজন মনে করলে আমার সন্তানের শারীরিক অবস্থা, ঔষধ এবং/অথবা চিকিত্সা সংক্রান্ত বিষয়ে আমার সন্তানের চিকিত্সা বা স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী এবং/অথবা ফার্মাসিস্টদের সাথে যোগাযোগ, আলোচনা ও বাড়তি তথ্য সংগ্রহ করার অনুমোদন দিচ্ছি।

নিজে নিজে ঔষধ-সেবন: এপি-পেন, অ্যাজমা ইনহেলার এবং নিজে নিজে প্রয়োগ করা যায় এমন অন্যান্য অনুমোদিত ঔষধের অনুমোদন দিতে এই প্যারাগ্রাফে নামের আদ্যাক্ষর লিখে সই দিন:

_____ আমি এই মর্মে প্রত্যয়ন করছি যে আমার সন্তানকে ব্যবস্থাপত্রে প্রদত্ত ঔষধ নিজে নিজে প্রয়োগ সম্পর্কে সম্পূর্ণ নির্দেশনা দেওয়া হয়েছে এবং সে ব্যবস্থাপত্র প্রদত্ত ঔষধ নিজে নিজে প্রয়োগ করতে সক্ষম। এছাড়াও আমি আমার সন্তানকে উপরোক্ত চিকিত্সক নির্দেশিত ঔষধ স্কুলে বহন করা, সংরক্ষণ করা এবং নিজে নিজে ব্যবহার করার অনুমোদন দিচ্ছি। আমি স্বীকার করছি যে আমি আমার সন্তানকে এ ধরনের ঔষধের পাত্রে গায়ে উপরে প্রদত্ত বর্ণনা অনুযায়ী লেবেল লাগানোর জন্য, আমার সন্তানের পৃথকভাবে প্রত্যেকটির এবং সবগুলোর ব্যবহার নজরদারি করার জন্য, একই সাথে স্কুলে পৃথকভাবে প্রত্যেকটির এবং সবগুলোর এ ধরনের ব্যবহারের ফলে সংঘটিত কোন অবস্থার জন্য আমি নিজেই দায়বদ্ধ থাকবো। আমি এই মর্মে প্রিন্সিপ্যাল, দায়িত্বপ্রাপ্ত ব্যক্তি, স্কুল নার্স এবং আমার সন্তানের শিক্ষকদেরকে আরও অনুমোদন দিচ্ছি যে, আমার সন্তান যদি সাময়িকভাবে নিজে নিজে তার ঔষধ প্রয়োগ করতে ব্যর্থ হয়, তাহলে তারা আমার সন্তানের চিকিত্সকের দেওয়া নির্দেশনা অনুযায়ী সেসব ঔষধ প্রয়োগ করতে পারবেন। আমি জানি যে স্কুল নার্স স্কুলে আমার সন্তানের ঔষধ বহনে সক্ষমতা আছে কি না এবং সে স্কুলে তা দায়িত্বশীলতার সাথে করতে পারবে কি না, তা নিশ্চিত হবেন। তদুপরি, আমার সন্তানের কাছে নিজে নিজে সেবন করার ঔষধ যাতে কখনও ঘাটতি না পড়ে, সেজন্য আমি মেডিকেল রুমে রাখার জন্য একটি স্পষ্ট লেবেলযুক্ত বোতলে “মওজুদ” ঔষধ দিতে সম্মতি প্রকাশ করছি।

_____ আমি স্কুলের প্রিন্সিপ্যাল, দায়িত্বপ্রাপ্ত ব্যক্তি এবং স্কুল নার্সকে অনুমোদন দিচ্ছি যে, কোন কারণে যদি আমার সন্তান নিজের কাছে ঔষধ বহন করতে ও সেবন করতে ব্যর্থ হয়, তখন তারা আমার সন্তানের এ ধরনের ঔষধ সংরক্ষণ করতে এবং/অথবা সেবন করতে পারবেন।

_____ আমি এতদ্বারা প্রত্যয়ন করছি যে, আমি আমার সন্তানের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর সাথে কথা বলেছি এবং কোন সময় যদি আমার সন্তানের ব্যবস্থাপত্রে দেওয়া অ্যাজমার ঔষধ সজে না থাকে, তখন আমার সন্তানকে মওজুদ ভেন্টোলিন প্রদান করার জন্য আমি অফিস অব স্কুল হেলথকে অনুমোদন দিচ্ছি।

আপনাকে অবশ্যই সন্তানের পার্সোনাল মিটারড ডোজ ইনহেলার (এমডিআই) সন্তানের সাথে স্কুল ফ্রি-এর দিন দিতে হবে যাতে প্রয়োজনের সময় সে তা ব্যবহার করতে পারে। সন্তানের মওজুদ ভেন্টোলিন শুধু সন্তান স্কুলভবনে অবস্থানকালে ব্যবহারের জন্য।

অনুগ্রহ করে নিচে পিতামাতা/অভিভাবকের নাম ও ঠিকানা স্পষ্টাক্ষরে লিখুন:

পিতামাতা/অভিভাবকের সই

সই দেওয়ার তারিখ

দিনের ফোন নম্বর

বাড়ির ফোন নম্বর

(নিচে লিখবেন না - এই অংশ শুধু ডিওই এবং ডিওএইচএমএইচ কর্তৃক ব্যবহারের জন্য)

Student's Name: _____	OSIS No: _____
Received by: _____ Name Date	Reviewed by: _____ Name Date
Referred to School 504 Coordinator <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Self-Administers/Self-Carries: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Services provided by: <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> DOHMH Public Health Adv. <input type="checkbox"/> School Based Health Center <input type="checkbox"/> DOE School Staff	
Signature and Title _____ (RN OR MD)	_____ (Date school notified and form forwarded to DOE Liaison)

NOTE: Parent signature required on reverse side of this form. Current photograph of student MUST be attached to upper left corner of this form.

MEDICATION ADMINISTRATION FORM Authorization for Administration of Medication to Students for School Year 2013–2014	Student's Name (Last, First, Middle)		Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>	Date of Birth	I.D. Number
	DOE District	School (PS, IS, etc. and Name)		Grade	Class
	School Address				Borough

<p>1. Diagnosis ASTHMA <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No _____ <small>ADD DIAGNOSIS</small></p> <p>Choose Severity: <input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Moderate Persistent* <input type="checkbox"/> Mild Persistent* <input type="checkbox"/> Severe Persistent*</p> <p>*National guidelines recommend inhaled corticosteroids for children with persistent asthma. Stock supply only available for Ventolin HFA. (see back)</p> <p>Choose One: <input type="checkbox"/> Ventolin HFA (plus individual spacer with mouth piece may be provided by school for shared usage). <input type="checkbox"/> _____ HFA (to be provided by parent). <small>ADD MEDICATION NAME</small> <input type="radio"/> May substitute stock ventolin <input type="radio"/> May not substitute stock ventolin</p> <p>INDICATE HOME MEDS IN BOTTOM LEFT BOX.</p>	<p><i>Choose all that apply</i></p> <p><input type="checkbox"/> Standard order. 2 puffs q 4 hrs. via MDI and spacer prn cough, wheeze, tightness in chest, difficulty breathing or shortness of breath. May repeat in 15 mins x 2 if no improvement (3 total). <input type="checkbox"/> Pre exercise. 2 puffs via MDI with spacer 15-30 minutes before exercise. <input type="checkbox"/> URI or recent asthma flare (within 3 days). 2 puffs @ noon via MDI inhaler and spacer for 3-5 days. URI sx can include: Itchy watery eyes, nasal drainage and/or congestion, sneezing, sore throat, cough, headache Asthma flare: sx can include: Shortness of breath, chest tightness or pain, coughing, wheezing</p> <p>ICD9: _____</p>	<p><i>Instructions for lack of improvement or adverse reaction</i></p> <p>If improved, but not enough to return to class, call parent. If significant respiratory distress persists, call 911 and notify parent and PMD. May provide additional puffs as needed until EMS arrives.</p>	<p><i>Choose all that are appropriate</i></p> <p><input type="checkbox"/> Student may carry medication and may self-administer. (PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE). <input type="checkbox"/> Store medication in medical room and student to self-administer under observation. <input type="checkbox"/> Store medication in medical room and nurse to administer. <input type="checkbox"/> Student self administer their personal MDI on school trips or/and afterschool program.</p>
--	---	--	--

<p>2. Diagnosis: Anaphylaxis</p> <p>Select One: <input type="checkbox"/> Epinephrine Auto-Injector: 0.3 mg/0.3 ml [1:1000] <input type="checkbox"/> Epinephrine Auto-Injector: 0.15 mg/0.3 ml [1:2000]</p> <p>Intramuscularly into anterolateral aspect of thigh 911 will be called immediately</p>	<p><input type="checkbox"/> prn _____ <i>specific signs, symptoms or situations</i></p> <p>Any repeats if no improvement? <input type="checkbox"/> Yes, in ____ mins, max ____ times (3 total)</p> <p>ICD9: _____</p>	<p>Conditions under which medication should not be given: _____ _____ _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Student may carry medication (includes epinephrine) and may self-administer. (PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE). <input type="checkbox"/> Medication should be kept in close proximity to the student and (choose an option below) <input type="checkbox"/> student to self administer <input type="checkbox"/> nurse or trained staff to administer</p>
--	--	--	--

<p>3. Diagnosis _____</p> <p>_____ Medication/Preparation/Concentration</p> <p>_____ Dose/Route</p> <p><input type="checkbox"/> Diagnosis substantially controlled with medication. <input type="checkbox"/> Diagnosis not substantially controlled with medication.</p>	<p><input type="checkbox"/> Standing daily dose. Specify time(s): _____ -----AND/OR----- <input type="checkbox"/> prn _____ <i>specific signs, symptoms or situations</i></p> <p>Time interval: q _____ min/hrs as needed <small>SELECT ONE</small></p> <p>Any repeats if no improvement? <input type="checkbox"/> Yes, in ____ min/hrs, max ____ times <small>SELECT ONE</small></p> <p>ICD9: _____</p>	<p>Conditions under which medication should not be given: _____ _____ _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Student may carry medication (includes epinephrine) and may self-administer. (PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE). NOT FOR CONTROLLED SUBSTANCES. <input type="checkbox"/> Store medication in medical room and student to self-administer under observation. <input type="checkbox"/> Store medication in medical room and nurse to administer.</p>
--	--	--	---

<p>List medication(s) student takes at home and at what time:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Health Care Practitioner (HCP) Name (PLEASE PRINT)</p> <p>LAST NAME FIRST NAME</p>		<p>HCP Signature</p> <p>_____</p>		<p>FOR DOHMH USE: Revisions per DOHMH after consultation with prescribing provider</p> <p><input type="checkbox"/> IEP</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
	<p>HCP/Clinic Address</p> <p>_____</p>			<p>Medicaid No.</p> <p>_____</p>		<p>NPI No.</p> <p>_____</p>
	<p>HCP/Clinic Tel. No.</p> <p>_____</p>	<p>HCP/Clinic Fax No.</p> <p>_____</p>	<p>HCP/Email</p> <p>_____</p>	<p>NYS Registration No. (Required)</p> <p>_____</p>		<p>Date</p> <p>_____</p>

INCOMPLETE PROVIDER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS