

**চিকিৎসকের পরামর্শপত্র অনুযায়ী চিকিৎসা (গুরুত্ব-বিহীন)
সুবিধা প্রদানের অনুরোধ
২০০৯-২০১০ স্কুল বর্ষ**

শিক্ষার্থীর নাম: শেষ: _____ প্রথম: _____ মধ্য: _____
পূর্ণ-নাম: _____ নারী _____ জন্মতারিখ (মাস/দিন/বর্ষ): _____ আই.ডি. নম্বর: _____
বরো: _____ ডিস্ট্রিক্ট: _____ স্কুল: _____ গ্রেড: _____ ক্লাস: _____
স্কুলের ঠিকানা: _____ জিপি কোড: _____

Part I: Physician's Statement/Order

(Attach prescription(s)/additional sheet(s) if necessary to provide requested information and medical authorization/ (শুধুমাত্র চিকিৎসকের ব্যবহারের জন্য).

**Clean Intermittent Catheterization
Central Venous Line
Gastrostomy Feeding
Naso-Gastric Feeding**

**Tracheostomy Care
Oral/Pharyngeal Suctioning
Oxygen Administration
Ostomy Care**

**Chest Clapping
Percussion
Postural Drainage
Dressing Change**

- Other** _____
1. Diagnosis _____
 2. Treatment required in school _____
 3. Specific instructions for providing treatment _____
 4. Frequency/time to be provided _____
 5. Conditions under which treatment should not be provided _____
 6. Date(s) when treatment should be initiated _____ terminated _____
 7. Possible side effects/adverse reactions to treatment _____
 8. Specific instructions for non-medical school personnel in case of adverse reactions _____
 9. Specific instructions for nurse (if one is assigned and present) in case of adverse reactions _____
 10. Diagnosis is substantially controlled with provision of medically prescribed treatment Yes _____ No _____
 11. Diagnosis is self- limited Yes _____ No _____

Physician's Name (Print) _____

Physician's Signature _____

Physician/Clinic's Address _____

NYS Registration No. _____

Date Signed _____

Zip Code _____

Physician/Clinic's Telephone No. _____

Physician/Clinic's Fax No. _____

(শুধুমাত্র ডিওই এবং ডিওএইচএমএইচ-এর জন্য) **FOR DOE/DOHMH USE: Revisions as per DOE/ DOHMH contact with prescribing physician**

চিকিৎসক নির্দেশিত চিকিৎসার ব্যবস্থা:
পিতামাতা/অভিভাবকের সম্মতি ও অনুমোদন
২০০৯-২০১০

আমি এইমর্মে সংযুক্ত আমার সন্তানের চিকিৎসক নির্দেশিত পরিচর্যা পদ্ধতি অনুসারে চিকিৎসার অনুমোদন দিচ্ছি। আমি জানি যে, আমাকেই সকল প্রয়োজনীয় সরঞ্জাম ও উপকরণ সরবরাহ করতে হবে এবং উপরে উল্লিখিত ব্যবস্থাপত্র বা নির্দেশনায় কোন পরিবর্তন হলে আমাকে অবিলম্বে তা প্রিন্সিপ্যাল এবং/অথবা তার মনোনীত ব্যক্তি(গণ), বিশেষভাবে স্কুল নার্সকে অবহিত করতে হবে।

আমি জানি যে, এই অনুমোদন (১) ৩০ জুন ২০১০ সালের আগে পর্যন্ত; (শিক্ষার্থী যদি নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব এডুকেশন (ডিপার্টমেন্ট) অর্থায়িত গ্রীষ্মকালীন নির্দেশনা কর্মসূচিতে অংশগ্রহণ করে, তাহলে এই ব্যবস্থাপত্র অগাস্ট মাস অবধি সম্প্রসারিত করা যাবে); অথবা (২) আমি প্রিন্সিপ্যাল এবং/অথবা তার ব্যক্তি(গণ)কে আমার সন্তানের চিকিৎসা বিষয়ে চিকিৎসকের নতুন ব্যবস্থাপত্র সরবরাহ না করা পর্যন্ত কার্যকর থাকবে।

এই চিকিৎসক নির্দেশিত পরিচর্যা (ওষুধ বিহীন) প্রদানের জন্য অনুরোধ ফরমটি জমা দেয়ার মাধ্যমে আমি আমার সন্তানকে নির্দিষ্ট স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানের জন্য স্কুল হেলথ অফিসের (“ওএসএইচ”) মাধ্যমে ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ অ্যান্ড মেন্টাল হাইজিন (“ডিওএইচএমএইচ”)–সহ ডিপার্টমেন্ট অব এডুকেশন (“ডিপার্টমেন্ট”)–কে অনুরোধ করছি। ফরমে প্রার্থিত স্বাস্থ্য পরিষেবা সম্পর্কিত পূর্ণাঙ্গ ও যাবতীয় নির্দেশের কথা উল্লেখ করা হয়েছে। আমি জানি যে উপরে উল্লিখিত স্বাস্থ্য পরিষেবার সাথে সংশ্লিষ্ট ডিপার্টমেন্ট, ডিওএইচএমএইচ, এবং এর প্রতিনিধি ও কর্মীরা এই ফরমে বর্ণিত আমার সন্তানের চিকিৎসাগত তথ্য ও নির্দেশাবলির নির্ভুলতার উপর নির্ভর করছেন। আমি চাই যে, এই ফরমে প্রদত্ত তথ্য ও নির্দেশনা অনুসারে আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য পরিষেবা(সমূহ) দেয়া হোক। আমি জানি যে উপরে প্রার্থিত চিকিৎসক নির্দেশিত ওষুধ-বিহীন পরিচর্যার জন্য প্রয়োজনীয় সকল সরঞ্জাম ও উপকরণ আমাকেই সরবরাহ করতে হবে।

আমি জানি যে এই ফরম প্রার্থিত পরিষেবা প্রদানে ডিপার্টমেন্ট বা ডিওএইচএমএইচ সম্পাদিত কোন অঙ্গীকারপত্র নয়, বরং এ ধরনের পরিষেবা দেয়ার জন্য আমার অনুরোধ, সম্মতি, অনুমোদন ও দায়মুক্তির পরিচায়ক। যদি এটা সাব্যস্ত হয় এসব পরিষেবা প্রদান আবশ্যিক, তাহলে শিক্ষার্থীকে এ সুযোগ প্রদানের জন্য একটি পরিকল্পনা তৈরির প্রয়োজন হতে পারে এবং সেটির ব্যবস্থা করবে স্কুল।

আমি এইমর্মে ডিপার্টমেন্ট বা ডিওএইচএমএইচ এবং এর কর্মচারী ও প্রতিনিধিদের আমার সন্তানের স্বাস্থ্য, ওষুধ এবং/অথবা চিকিৎসা বিষয়ে প্রয়োজনবোধে যেকোন স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী এবং/অথবা ফার্মাসিস্টের সাথে যোগাযোগ করতে, আলোচনা করতে বা তাদের কাছ থেকে প্রয়োজনীয় তথ্য জেনে নিতে অনুমতি দিচ্ছি।

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

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর

স্বাক্ষরের তারিখ

দিনের ফোন নম্বর/বাড়ির ফোন নম্বর

নিচে লিখবেন না
(ওষুধ ডিওই এবং ডিওএইচএমএইচ-এর জন্য)
(FOR DOE AND DOHMH ONLY)

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	
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	
Self-Directs Treatment: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Signature and Title: _____ (RN OR SMD)	_____ (Date school notified and form forwarded to DOE liaison)