

طبی طور پر مجوزہ علاج (غیر ادویاتی) کے اہتمام کی گزارش
تعلیمی سال 2009-2010

DOE/DOHMH کے استعمال کے لئے
FOR DOE/DOHMH USE:
 504 IEP OTHER

طالب علم کا نام: آخری: پہلا: درمیانہ: _____
مرد: _____ عورت: _____ تاریخ پیدائش: _____ آئی ڈی #: _____
برو: _____ ضلع: _____ اسکول: _____ گریڈ: _____ کلاس: _____
اسکول کا پتہ: _____ زپ کوڈ: _____

Part I: Physician's Statement/Order

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

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. _____

(صرف DOE/DOHMH کے استعمال کے لیے) FOR DOE/DOHMH ONLY: Revisions as per DOE/DOHMH contact with prescribing physician:

طبی طور پر مجوزہ علاج کا اہتمام:
والدین / سرپرست کی اجازت اور اختیار نامہ
2009-2010

میں بذریعہ ہذا اپنے بچے کے معالج کی منسلک ہدایات کے مطابق طبی طور پر مجوزہ علاج کے انتظام کی اجازت دیتا ہوں۔ میں جانتا ہوں کہ مجھے تمام ضروری ساز و سامان اور رسد فراہم کرنی ہے اور یہ کہ مجھے مذکورہ بالا نسخہ یا ہدایات میں کسی بھی تبدیلی کے بارے میں پرنسپل اور / یا اسکے نامزد فرد (افراد)، خاص کر اسکول نرس کو فوراً اطلاع دینا ضروری ہے۔

میں جانتا ہوں کہ یہ اختیار نامہ درج ذیل میں سے اسی وقت تک معتبر ہے جو پہلے واقع ہو: (1) 30 جون، 2010 (اگر طالب علم نیو یارک شہر محکمہ تعلیم ("محکمہ") کے کفالت کردہ موسم گرما کے تدریسی پروگرام میں حصہ لے رہا ہو تو اس نسخہ کو اگست تک بڑھایا جا سکتا ہے)؛ یا (2) اس وقت تک جب تک کہ میں اوپر مجوزہ دوا کے استعمال کے متعلق اپنے بچے کے معالج کے ذریعہ جاری نیا نسخہ یا نئی ہدایات پرنسپل یا اسکے نامزد فرد (افراد) اور نرس کو نہ پہنچا دوں۔

طبی طور پر مجوزہ علاج (غیر ادویاتی) کے اہتمام کی گزارش کا یہ فارم جمع کر کے میں یہ گزارش کر رہا ہوں کہ محکمہ اور نیو یارک شہر محکمہ صحت اور دماغی صحت [New York City Department of Health and Mental Hygiene (DOHMH)]، اسکول کا دفتر صحت ("OSH") کے ذریعے میرے بچے کو مخصوص صحتی خدمات فراہم کرے۔ دوا کے اس فارم میں اوپر مطلوبہ صحتی خدمت (خدمات) کے اہتمام کے متعلق تفصیلی اور مکمل معلومات اور ہدایت (ہدایات) شامل ہیں۔ میں سمجھتا ہوں کہ اوپر مطلوبہ صحتی خدمت (خدمات) کے اہتمام کے لیے محکمہ، DOHMH اور انکے ایجنٹس، اور ملازمین اس فارم میں فراہم کی گئی معلومات اور ہدایات کی درستگی پر انحصار کر رہے ہیں۔ میرا مقصد یہ ہے کہ میرے بچے کو ان معلومات اور ہدایات کے مطابق صحتی خدمت (خدمات) فراہم کی جائیں گی جو میں نے اس فارم میں فراہم کی ہیں۔ میں جانتا ہوں کہ اوپر مطلوبہ طبی مجوزہ غیر ادویاتی علاج کے انتظام کے لئے ضروری تمام آلات اور ساز و سامان فراہم کرنے کے لئے میں ذمہ دار ہوں۔

میں یہ سمجھتا ہوں کہ یہ فارم مطلوبہ خدمات فراہم کرنے کے لئے محکمہ یا DOHMH کا معاہدہ نہیں ہے بلکہ یہ ان خدمات کے لئے میری گزارش، اجازت اور اختیار نامہ ہے۔ اگر یہ تعین کیا جاتا ہے کہ یہ خدمات لازمی ہیں، تو طالب علم کے لئے سہولیات مہیا کرنے کا ایک منصوبہ بھی ضروری ہو سکتا ہے اور اسے اسکول کے ذریعہ مکمل کیا جائے گا۔

میں بذریعہ ہذا محکمہ یا (DOHMH) ان کے ملازمین اور ایجنٹس کو یہ اجازت دیتا ہوں کہ وہ کسی بھی منتظم حفظان صحت اور / یا دوا فروش سے میرے بچے کی طبی کیفیت، دوا اور / یا علاج کے متعلق رابطہ، مشورہ کر سکتے ہیں اور ان کے متعلق ایسی مزید معلومات حاصل کر سکتے ہیں جو ان کو مناسب لگیں۔

براہ کرم نیچے والدین / سرپرست کا نام اور پتہ جلی حروف میں لکھیں:

_____ والدین / سرپرست کے دستخط

_____ دستخط کی تاریخ
_____ دن کے وقت کا فون نمبر
_____ گھر کا فون نمبر

(نیچے کچھ نہ لکھیں - یہ صرف DOE اور DOHMH کے استعمال کے لئے ہے)
(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)