

রক্তে শর্করা, ওষুধ ও পুষ্টিগত চাহিদা মনিটরিং
পিতামাতা/অভিভাবকের সম্মতি এবং অনুমোদনপত্র
২০০৯-২০১০

আমি এতদ্বারা: (১) আমার সন্তানের রক্তে শর্করার পরিমাণ মনিটর, (২) আমার সন্তানের চিকিৎসকের নির্দেশিত পরিচর্যা পদ্ধতি অনুসারে পরিচর্যা প্রদান এবং/অথবা স্কুলের জায়গায় হাইপোগ্লাইসেমিক জটিলতার চিকিৎসা করার অনুমোদন দিচ্ছি। আমি জানি যে আমাকে প্রয়োজনীয় সকল খাবার, সরঞ্জাম ও উপকরণ সরবরাহ করতে হবে এবং উপরলিখিত ব্যবস্থাপত্র বা নির্দেশাবলিতে কোন পরিবর্তন হলে আমাকে অবশ্যই প্রিন্সিপ্যাল এবং/অথবা তার নিযুক্ত ব্যক্তি(গণ), বিশেষ করে স্কুল নার্সকে অবিলম্বে তা অবহিত করতে হবে।

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

আমি জানি যে, নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব এডুকেশন (ডিপার্টমেন্ট), এর প্রতিনিধি এবং ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ ও মেন্টাল হাইজিন ও (ডিওএইচএমএইচ) এর মেডিক্যাল রুম বা অন্য কোন স্থানে যেখানে আমার সন্তান তার রক্ত-শর্করা পরীক্ষা করতে পারে সেখানে নিরাপদ পরিবেশ সূনিশ্চিত করার দায়িত্ব রয়েছে। আমি স্কুলকে রক্ত শর্করা পরীক্ষা ও ইনসুলিন দেয়ার জন্য শল্যাচিকিৎসকের ছুরি ও নিরাপদ সূচ সরবরাহ করার লক্ষ্যে প্রচেষ্টা গ্রহণ করব।

এই ডায়াবেটিস মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফরমটি জমা দিয়ে আমি স্কুল হেলথ অফিসের (“ওএসএইচ”) মাধ্যমে আমার সন্তানকে নির্দিষ্ট স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানের জন্য ডিপার্টমেন্ট এবং নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ অ্যান্ড মেন্টাল হাইজিন (“ডিওএইচএমএইচ”)–কে অনুরোধ করছি। আমি বুঝেছি যে এসব পরিষেবার অংশবিশেষের জন্য আমার সন্তান ব্যবস্থাপত্র অনুযায়ী দেয়া ওষুধে কতটা ফল পাচ্ছে তা পরীক্ষা করার জন্য একজন ওএসএইচ চিকিৎসকের মূল্যায়ন প্রয়োজন হতে পারে। এই ফরমে প্রার্থিত স্বাস্থ্য পরিষেবা(সমূহ) সম্পর্কিত যাবতীয় তথ্য ও নির্দেশের কথা উল্লিখিত হয়েছে। আমি জানি যে উপরে উল্লিখিত স্বাস্থ্য পরিষেবার সাথে ডিপার্টমেন্ট, ডিওএইচএমএইচ এর সংশ্লিষ্ট প্রতিনিধি ও কর্মীরা এই ফরমে বর্ণিত আমার সন্তানের চিকিৎসাগত তথ্য ও নির্দেশাবলির নির্ভুলতার উপর নির্ভর করছেন। আমি আরও বুঝেছি যে ডিপার্টমেন্ট, ডিওএইচএমএইচ এবং তাদের প্রতিনিধিরা এই ওষুধের কোন ক্ষতকর প্রতিক্রিয়ার জন্য দায়ী নন।

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

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

অনুগ্রহ করে নিচে স্পষ্টাক্ষরে পিতামাতা/অভিভাবকের নাম ও ঠিকানা

লিখুন:

পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর

স্বাক্ষরের তারিখ

দিবাকালীন ফোন নম্বর

বাড়ির ফোন নম্বর

নিচে লিখবেন না (ওষুধমাত্র 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: Yes No

Services provided by: Nurse DOHMH Public Health Adv. School Based Health Center DOE School Staff

Self-Directs Treatment: Yes No

Signature and Title: _____
(RN OR SMD)

(Date school notified and form forwarded to DOE Liaison)