

REQUEST FOR PROVISION OF MEDICALLY PRESCRIBED TREATMENT (NON-MEDICATION)

PROVIDER TREATMENT ORDER FORM— OFFICE OF SCHOOL HEALTH - School Year 2017-2018

The Following Section To Be Completed By Student's Parent/Guardian

আমি এই মর্মে আমার সন্তানের চিকিৎসক কর্তৃক প্রদত্ত সংযুক্ত নির্দেশনার সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ ডাক্তারি ব্যবস্থাপত্র অনুযায়ী চিকিৎসা প্রদানের নিয়মের অনুমোদন দিচ্ছি। আমি জানি যে অনুরোধকৃত চিকিৎসা পূর্ববর্তী সকল প্রয়োজনীয় যন্ত্রপাতি এবং সরঞ্জাম প্রদান আমার দায়িত্ব এবং আমাকে উপরে উল্লিখিত প্রেসক্রিপশনে অথবা নির্দেশনায় যেকোনো পরিবর্তন অবশ্যই অতিসত্বর নার্সকে জানাতে হবে।

আমি জানি যে, এই সম্মতি শুধুমাত্র নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অফ এডুকেশন ("DOE") কর্তৃক আয়োজিত আমার শিক্ষা কর্মসূচির সেশনের জন্য বৈধ; অথবা ঐ সময় পর্যন্ত যখন আমি স্কুল নার্সের কাছে আমার সন্তানের স্বাস্থ্য পরিষেবা পরিকল্পনাকারী কর্তৃক ইস্যুকৃত (যেটিই আগে হোক না কেন) নতুন শিক্ষানির্দেশনা প্রদান না করি।

এই রিকোয়েস্ট ফর প্রভিশন অভ মেডিক্যালি প্রেসক্রাইবড ট্রিটমেন্ট (নন-মেডিকেশন) ফরম জমা দিয়ে আমি অনুরোধ করছি যে, আমার সন্তানকে যেন ডিপার্টমেন্ট এবং নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অব হেলথ অ্যান্ড মেন্টাল হাইজিন ("DOHMH")-এর অফিস অব স্কুল হেলথ ("OSH")-এর মাধ্যমে সুনির্দিষ্ট স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদান করা হয়। উপরে অনুরোধকৃত স্বাস্থ্য পরিষেবা সংক্রান্ত বিধানের সম্পূর্ণ নির্দেশনা এই ফরমের অন্তর্ভুক্ত আছে। আমি জানি যে, ডিপার্টমেন্ট, ডিওএইচএমএইচ (DOHMH) এবং তাদের এজেন্টগণ এবং উপরে অনুরোধকৃত স্বাস্থ্য পরিষেবা সংক্রান্ত বিধানের সাথে সংশ্লিষ্ট কর্মচারীরা এই ফরমে প্রদত্ত তথ্যের যথার্থতার উপর নির্ভর করেন।

এই ফরমটি যে অনুরোধকৃত পরিষেবা প্রদানের জন্য ডিপার্টমেন্ট বা ডিওএইচএমএইচ (DOHMH)-এর কোন চুক্তি নয়, কিন্তু এটি বরং এসব পরিষেবার জন্য আমার অনুরোধ, সম্মতি এবং অনুমোদন। যদি স্থির করা হয় যে এসব পরিষেবা আবশ্যিক, একটি স্টুডেন্ট অ্যাকোমোডেশন প্ল্যান তৈরিও (শিক্ষার্থীর জন্য পরিকল্পিত বাড়তি সুযোগ) প্রয়োজনীয় হতে পারে এবং তা স্কুল কর্তৃক সম্পাদিত হবে।

আমি জানি যে, ডিপার্টমেন্ট অথবা ডিওএইচএমএইচ (DOHMH) এবং তাদের কর্মচারী ও এজেন্টগণকে প্রয়োজন মনে করলে আমার সন্তানের শারীরিক অবস্থা, ঔষধ এবং/অথবা চিকিৎসা সংক্রান্ত বিষয়ে আমার সন্তানের চিকিৎসা বা স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী এবং/অথবা ফার্মাসিস্টদের সাথে যোগাযোগ, আলোচনা ও বাড়তি তথ্য সংগ্রহ করার অনুমোদন দিচ্ছি।

****চিকিৎসার স্ব-পরিচালনা: শিক্ষার্থী কর্তৃক স্ব-চিকিৎসা প্রদানের জন্য এই প্যারাগرافটি আপনার নামের অদ্যক্ষর দিয়ে স্বাক্ষর করুন**

আমি এতদ্বারা এই মর্মে ঘোষণা দিচ্ছি যে, আমার সন্তান এই ঔষধের স্ব-পরিচালিত ব্যবহার করতে সম্পূর্ণরূপে সক্ষম এবং তাকে এটি করার পূর্ণ নির্দেশনা দেয়া হয়েছে। এছাড়াও আমি আমার সন্তানকে স্কুলে উপরোক্ত চিকিৎসা নির্দেশিত ঔষধ নিজে নিজে ব্যবহার করার অনুমোদন দিচ্ছি। আমি স্বীকার করছি যে আমি আমার সন্তানকে এ ধরনের ঔষধের পাত্রের 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 জানি যে স্কুল নার্স স্কুলে আমার সন্তান দ্বায়িত্বশীলতার সাথে স্ব-চিকিৎসা করতে সক্ষম কিনা সেটা নিশ্চিত করবেন। তদুপরি, আমার সন্তানের কাছে নিজে নিজে সেবন করার ঔষধে যাতে কখনও ঘাটতি না পড়ে, সেজন্য আমি মেডিকেল রুমে রাখার জন্য একটি স্পষ্ট লেবেলযুক্ত বোতলে "মজুদ" ঔষধ দিতে সম্মতি প্রকাশ করছি।

যদি এমন কোনো পরিস্থিতির উদ্ভব হয় যেখানে আমার সন্তান স্ব-প্রয়োগ বা স্ব-পরিচালিত চিকিৎসা করতে সাময়িকভাবে অক্ষম তবে সেই ক্ষেত্রে আমি স্কুলের নার্স দ্বারা আমার সন্তানকে মজুদ সরঞ্জামাদি প্রয়োগ এবং/অথবা পরিচালনার সম্মতি জ্ঞাপন করছি।

প্রাথমিক	আমি এতদ্বারা এই মর্মে ঘোষণা দিচ্ছি যে, আমার সন্তান এই ঔষধের স্ব-পরিচালিত ব্যবহার করতে সম্পূর্ণরূপে সক্ষম এবং তাকে এটি করার পূর্ণ নির্দেশনা দেয়া হয়েছে। এছাড়াও আমি আমার সন্তানকে স্কুলে উপরোক্ত চিকিৎসা নির্দেশিত ঔষধ নিজে নিজে ব্যবহার করার অনুমোদন দিচ্ছি। আমি স্বীকার করছি যে আমি আমার সন্তানকে এ ধরনের ঔষধের পাত্রের 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 জানি যে স্কুল নার্স স্কুলে আমার সন্তান দ্বায়িত্বশীলতার সাথে স্ব-চিকিৎসা করতে সক্ষম কিনা সেটা নিশ্চিত করবেন। তদুপরি, আমার সন্তানের কাছে নিজে নিজে সেবন করার ঔষধে যাতে কখনও ঘাটতি না পড়ে, সেজন্য আমি মেডিকেল রুমে রাখার জন্য একটি স্পষ্ট লেবেলযুক্ত বোতলে "মজুদ" ঔষধ দিতে সম্মতি প্রকাশ করছি।		
প্রাথমিক	যদি এমন কোনো পরিস্থিতির উদ্ভব হয় যেখানে আমার সন্তান স্ব-প্রয়োগ বা স্ব-পরিচালিত চিকিৎসা করতে সাময়িকভাবে অক্ষম তবে সেই ক্ষেত্রে আমি স্কুলের নার্স দ্বারা আমার সন্তানকে মজুদ সরঞ্জামাদি প্রয়োগ এবং/অথবা পরিচালনার সম্মতি জ্ঞাপন করছি।		
অনুগ্রহপূর্বক লক্ষ্য করুন যে অভিভাবক বা নার্স কর্তৃক প্রস্তুতকৃত ভোজ্য সামগ্রী, যেমন পানি ও পাউডারের মিশ্রণ, অবশ্যই শুশ্রূষা প্রদানকারী পরিচালক বা উপপরিচালকের দ্বারা অনুমোদিত হতে হবে।			
পিতামাতা/অভিভাবকের নাম প্রিন্ট করুন		পিতামাতা/অভিভাবকের স্বাক্ষর	
পিতামাতা/অভিভাবকের ঠিকানা		স্বাক্ষর দেওয়ার তারিখ	
টেলিফোন নম্বরসমূহ	দিনমান	বাড়ী	সেল ফোন
পিতামাতা/অভিভাবকের ইমেইল ঠিকানা			
বিকল্প জরুরি যোগাযোগের নাম		যোগাযোগের টেলিফোন নম্বর	

এখানে স্বাক্ষর করুন

DO NOT WRITE BELOW – FOR OFFICE OF SCHOOL HEALTH (OSH) USE ONLY

Student Last Name	First Name	MI	OSIS No.
Received by: Name	Date	Reviewed by: Name	Date
<input type="checkbox"/> 504	<input type="checkbox"/> IEP	<input type="checkbox"/> Other	Referred to School 504 Coordinator: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Services provided by: <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor <input type="checkbox"/> School Based Health Center			
Self-Directs Treatment: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Signature and Title (RN OR SMD)		Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison	

FOR Office of School Health (OSH) USE: Revisions as per OSH contact with prescribing health care practitioner.