

**MEDICATION ADMINISTRATION FORM - OFFICE OF SCHOOL HEALTH**  
**THIS FORM SHOULD BE USED FOR NON-ALLERGY / NON-ASTHMA MEDICATIONS ONLY**  
Authorization for Administration of Medication to Students for School Year 2016-2017

Student Last Name	First Name	MI	Date of birth ____ / ____ / ____	School
-------------------	------------	----	----------------------------------	--------

**পিতামাতা/অভিভাবকের সম্মতি**

আমি এতদ্বারা আমি আমার ছেলেমেয়ের চিকিৎসকের 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 ভেন্টোলিনভিল ইনহেলারসহ প্রয়োজনীয় যন্ত্র ও ঔষধ পৌঁছে দিতে হবে যাতে তারা তা ব্যবহার করতে পারেন। ঔষধ ফার্মেসি থেকে যে পাত্রে সরবরাহ করা হয় (স্কুলের বাইরে আমার সন্তানের ব্যবহারের জন্য এরকম আরেকটি পাত্র আমাকে সংগ্রহ করতে হবে) তাতে যথোপযুক্ত লেবেল লাগিয়ে দিতে হবে; ব্যবস্থাপত্রে 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 পাত্রে থাকতে হবে যাতে শিক্ষার্থীর নাম উল্লেখ থাকবে। আমি জানি যে আমি কোন অ্যাজমা ইনহেলার প্রদান করলে সেটাকে তার মূল এবং অন্যান্যোচিত ঔষধের বক্স-এ দিতে হবে। আমি আরও জানি যে, ব্যবস্থাপত্রে 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 সম্মতি শুধুমাত্র নিউ ইয়র্ক সিটি ডিপার্টমেন্ট অভ এডুকেশন (“ডিওই”) কর্তৃক আয়োজিত সামার শিক্ষা কর্মসূচির সেশনের জন্য বৈধ; অথবা ঐ সময় পর্যন্ত যখন আমি স্কুল নার্সের কাছে আমার সন্তানের স্বাস্থ্য প্রযুক্ত প্রদানকারী কর্তৃক ইস্যুকৃত (যেটিই আগে হোক না কেন) নতুন শিক্ষানির্দেশনা না প্রদান করি। 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 পরিষেবা প্রদান করা হয়। আমি জানি যে, এইসব পরিষেবার মধ্যে অন্তর্ভুক্ত থাকতে পারে ওএসএইচ স্বাস্থ্য প্রযুক্ত প্রদানকারী কর্তৃক চিকিৎসা সংক্রান্ত মূল্যায়ন এবং শারীরিক পরীক্ষা। উপরে অনুরোধকৃত স্বাস্থ্যপরিষেবা সংক্রান্ত বিধানের সম্পূর্ণ নির্দেশনা এই এমএএফ-এর অন্তর্ভুক্ত আছে। আমি জানি যে, ওএসএইচ এবং তাদের এজেন্টগণ, এবং উপরে অনুরোধকৃত স্বাস্থ্যপরিষেবা সংক্রান্ত বিধানের সাথে সংশ্লিষ্ট কর্মচারীরা এই ফরম-এ প্রদত্ত তথ্যের যথার্থতার উপর নির্ভর করেন। এই ফরমটি যে অনুরোধকৃত পরিষেবা প্রদানের জন্য ডিপার্টমেন্ট বা ডিওএইচএমএইচ-এর কোন চুক্তি নয়, কিন্তু এটি বরং এসব পরিষেবার জন্য আমার অনুরোধ, এবং সম্মতি। এটি যদি নির্ধারিত হয় যে, এইসব পরিষেবার প্রয়োজনীয়তা রয়েছে, সেক্ষেত্রে একটি শিক্ষার্থী সুবিধা পরিকল্পনারও দরকার হতে পারে এবং স্কুল কর্তৃক তা পূরণ করা হবে। আমি জানি যে ডিপার্টমেন্ট, ডিওএইচএমএইচ এবং তাদের কর্মচারী ও এজেন্টগণকে প্রয়োজন মনে করলে আমার সন্তানের শারীরিক অবস্থা, ঔষধ এবং/অথবা চিকিৎসা সংক্রান্ত বিষয়ে আমার সন্তানের চিকিৎসা বা স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী এবং/অথবা ফার্মাসিস্টদের সাথে যোগাযোগ, আলোচনা ও বাড়তি তথ্য সংগ্রহ করার অনুমোদন দিচ্ছি।

**\*\*নিজে দেয়া ওষুধ: অ্যাজমা ইনহেলার এবং নিজে নিজে প্রয়োগ করা যায় এমন অন্যান্য অনুমোদিত ঔষধের অনুমোদন দিতে এই প্যারাগ্রাফে নামের আদ্যাঙ্ক লিখে সই দিন:**

\_\_\_\_\_ আমি এই মর্মে প্রত্যয়ন করছি যে আমার সন্তানকে ব্যবস্থাপত্রে প্রদত্ত ঔষধ নিজে নিজে প্রয়োগ সম্পর্কে সম্পূর্ণ নির্দেশনা দেওয়া হয়েছে। এছাড়াও আমি আমার সন্তানকে উপরোক্ত চিকিৎসক নির্দেশিত ঔষধ স্কুলে বহন করা, সংরক্ষণ করা এবং 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 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 ঔষধে 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 সপ্তে না থাকে, তখন আমার সন্তানকে মওজুদ ভেন্টোলিন প্রদান করার জন্য আমি অফিস অব স্কুল হেলথকে অনুমোদন দিচ্ছি।

পিতামাতা/অভিভাবকের সই	পিতামাতা/অভিভাবকের নাম স্পষ্ট হরফে লিখুন
-----------------------	--



**MEDICATION ADMINISTRATION FORM - OFFICE OF SCHOOL HEALTH**  
**THIS FORM SHOULD BE USED FOR NON-ALLERGY / NON-ASTHMA MEDICATIONS ONLY**  
 Authorization for Administration of Medication to Students for School Year **2016-2017**

ATTACH STUDENT PHOTO HERE

<b>Student</b> Last Name	First Name	Middle	Date of birth	<input type="checkbox"/> Male
			MM / DD / YYYY	<input type="checkbox"/> Female
<b>Guardian's e-mail address</b>			OSIS Number	
<b>School (include name, number, address and borough)</b>			DOE District	Grade
				Class

The following sections to be completed by Student's HEALTH CARE PRACTITIONER

<b>1. Diagnosis:</b> _____ ICD-10 Code <input type="checkbox"/> _____ <b>Medication:</b> _____ <small>Generic and/or Brand Name</small> Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ Route: _____ <b>Select the most appropriate option for this student:</b> <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry / self-administer (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES):** • I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribe medication effectively for school/field trips/school-sponsored events. _____ <small>practitioner's initials</small> <b>** PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE</b>	<b>In School Instructions</b> <input type="checkbox"/> Standing daily dose: at __: __ AM / PM and __: __ AM / PM <b>AND/OR</b> <input type="checkbox"/> PRN _____ <small>specify signs, symptoms, or situations</small> <input type="checkbox"/> Time interval: q __ minutes or q __ hours as needed. <input type="checkbox"/> If no improvement, repeat in __ minutes or __ hours for a maximum of __ times. <b>Conditions under which medication should not be given:</b>
---	---

<b>2. Diagnosis:</b> _____ ICD-10 Code <input type="checkbox"/> _____ <b>Medication:</b> _____ <small>Generic and/or Brand Name</small> Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ Route: _____ <b>Select the most appropriate option for this student:</b> <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry / self-administer (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES):** • I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events. _____ <small>practitioner's initials</small> <b>** PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE</b>	<b>In School Instructions</b> <input type="checkbox"/> Standing daily dose: at __: __ AM / PM and __: __ AM / PM <b>AND/OR</b> <input type="checkbox"/> PRN _____ <small>specify signs, symptoms, or situations</small> <input type="checkbox"/> Time interval: q __ minutes or q __ hours as needed. <input type="checkbox"/> If no improvement, repeat in __ minutes or __ hours for a maximum of __ times. <b>Conditions under which medication should not be given:</b>
--	---

<b>3. Diagnosis:</b> _____ ICD-10 Code <input type="checkbox"/> _____ <b>Medication:</b> _____ <small>Generic and/or Brand Name</small> Preparation/Concentration: _____ Dose: _____ Route: _____ <b>Select the most appropriate option for this student:</b> <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer medication <input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision <input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry / self-administer (NOT ALLOWED FOR CONTROLLED SUBSTANCES):** • I attest student demonstrated the ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/field trips/school-sponsored events. _____ <small>practitioner's initials</small> <b>** PARENT MUST INITIAL REVERSE SIDE</b>	<b>In School Instructions</b> <input type="checkbox"/> Standing daily dose: at __: __ am / pm and __: __ AM / PM <b>AND/OR</b> <input type="checkbox"/> PRN _____ <small>specify signs, symptoms, or situations</small> <input type="checkbox"/> Time interval: q __ minutes or q __ hours as needed. <input type="checkbox"/> If no improvement, repeat in __ minutes or __ hours for a maximum of __ times. <b>Conditions under which medication should not be given:</b>
--	---

<b>HOME Medications (include over-the counter)</b>	<b>For Office of School Health (OSH) Use Only</b>
	Revisions per OSH after consultation with prescribing health care practitioner. <input type="checkbox"/> IEP

<b>Health Care Practitioner</b> LAST NAME	FIRST NAME	(Please	Signature
Print)			
Address	Tel. No. (____)____-____	Fax. No (____)____-____	
E-mail address*	Cell phone* (____)____-____		
NYS License No (Required) ____-____-____	Medicaid No _____	NPI No. _____	Date ____/____/____

**INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS**