



دوره پڑنے کی ادویات دینے کا فارم

فراہم کنندہ کے لیے ادویات کا آرڈر فارم | اسکول کا دفتر صحت | تعلیمی سال 2023-2024
براہ کرم اسکول نرس / اسکول میں قائم مرکز صحت کو واپس کریں۔ 1 جون کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔

طالب علم کا آخری نام: _____ پہلا نام: _____ درمیانی نام: _____ تاریخ پیدائش: _____

OSIS نمبر: _____
صنف: لڑکا لڑکی

اسکول (نام، نمبر، پتہ اور پروف شامل کریں): _____
DOE ضلع: _____ گریڈ: _____ کلاس _____

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW

Diagnosis/Seizure Type:

- Localization related (focal) epilepsy Primary generalized Secondary generalized Childhood/juvenile absence
 Myoclonic Infantile spasms Non-convulsive seizures Other (please describe below)

Seizure Type	Duration	Frequency	Description	Triggers/Warning Signs/Pre-Ictal Phase

Post-ictal presentation:

Seizure History: Describe history & most recent episode (date, trigger, pattern, duration, treatment, hospitalization, ED visits, etc.):

Status Epilepticus? No Yes Has student had surgery for epilepsy? No Yes - Date: _____

TREATMENT PROTOCOL DURING SCHOOL:

A. In-School Medications

Student Skill Level (select the most appropriate option)

- Nurse-Dependent Student: nurse must administer
 Supervised Student: student self-administers, under adult supervision
 Independent Student: student is self-carry/self-administer
 I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively during school, field trips, and school sponsored events - Practitioner's Initials: _____

Name of Medication	Concentration/ Formulation	Dose	Route	Frequency or Time	Side Effects/Specific Instructions

B. Emergency Medication(s) (list in order of administration) [Nurse must administer] ; CALL 911 immediately after administration

Name of Medication	Concentration/ Preparation	Dose	Route	Administer After	Side Effects/Specific Instructions
				min	
				min	

C. Does student have a Vagal Nerve Stimulator (VNS)? (any trained adult can administer) No Yes, If YES, describe magnet use:

- Swipe magnet immediately within _____ min; if seizure continues, repeat after _____ min _____ times;

Give emergency medication after _____ min and call 911

Activities:

- Adaptive/protective equipment (e.g., helmet) used? No Yes
Gym/physical activity participation restrictions? No Yes - If YES, please complete the Medical Request for Accommodations Form

Other:

504 accommodations requested (e.g., supervision for swimming)? Yes (attach form) No

Home Medication(s) <input type="checkbox"/> None	Dosage, Route, Directions	Side Effects/Specific Instructions

Other special instructions

Health Care Practitioner Last Name: _____ First Name: _____ Signature: _____

(Please Check one: MD DO NP PA)

Address: _____ E-mail address: _____

Tel. No: _____ FAX No: _____ Cell Phone: _____

NYS License No (Required): _____ NPI No: _____ Date: _____

INCOMPLETE PRACTITIONER INFORMATION WILL DELAY IMPLEMENTATION OF MEDICATION ORDERS
FORMS CANNOT BE COMPLETED BY A RESIDENT



دورہ پڑنے کی ادویات دینے کا فارم

فراہم کنندہ کے لیے ادویات کا آرڈر فارم | اسکول کا دفتر صحت | تعلیمی سال 2023-2024

براہ کرم اسکول نرس / اسکول میں قائم مرکز صحت کو واپس کریں۔ 1 جون کے بعد جمع کروائے گئے فارم نئے تعلیمی سال کے لیے کارروائی میں تاخیر کرسکتے ہیں۔
والدین / سرپرست: مطالعہ کریں، مکمل کریں اور دستخط کریں۔ ذیل میں دستخط کر کے میں اس پر متفق ہوں کہ:

1. میں اپنے بچے کی دوا کو اسکول میں محفوظ کیے جانے اور میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات کے مطابق دیے جانے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں، میرے بچے کی دوا کے لیے درکار کسی بھی آلات کے اسکول میں محفوظ اور استعمال کیے جانے کی بھی اجازت دیتا ہوں۔
2. میں سمجھتا ہوں کہ:

• مجھے اسکول نرس / اسکول میں قائم مرکز صحت (SBHC) فراہم کنندہ کو اپنے بچے کی دوا اور آلات دینا لازمی ہیں۔

• تمام نسخے والی اور "کاونٹر پر ملنے والی" ادویات، جو میں اسکول کو دونگا وہ نئی، سیل بند، اور اصل بوتل یا ڈبے میں بند ہونی لازمی ہیں۔ میں اپنے بچے کے استعمال کے لیے ایک اور دوا لے لوں گا جب وہ اسکول میں نہ ہو یا اسکول ٹرپ پر ہو۔

• 0 نسخے والی دوا کے ڈبے یا بوتل پر اصل فارمیسی کا لیبل لگا ہونا لازمی ہے۔ لیبل پر لازماً شامل ہونا چاہیے: (1) میرے بچے کا نام،

(2) فارمیسی کا نام اور فون نمبر، (3) میرے بچے کے صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کا نام، (4) تاریخ، (5) دوبارہ بھرنے (refill) کی تعداد، (6) دوا کا نام، (7) خوراک، (8) دوا کب لی جائے، (9) دوا کیسے لی جائے اور (10) کوئی دیگر ہدایات۔

• میرے لیے اپنے بچے کی دوا یا صحتیاتی نگہداشت پیشہ ور کی ہدایات میں کسی بھی تبدیلی سے اسکول نرس / SBHC فراہم کنندہ کو فوری طور پر آگاہ کرنا لازمی ہے۔

• کسی بھی طالب علم کو ممنوعہ اشیاء رکھنے یا اپنے آپ لینے کی اجازت نہیں ہے۔

• اسکول کا دفتر صحت (OSH) اور اس کے نمائندے جو مندرجہ بالا خدمت (خدمات) میرے بچے کو فراہم کرنے میں شامل ہیں، اس فارم کی معلومات کے صحیح ہونے پر انحصار کر رہے ہیں۔

• اس ادویات دینے کا فارم (MAF) پر دستخط کر کے اسکول کا دفتر صحت (OSH) میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کرسکتا ہے۔ ان خدمات میں OSH کے طبی نگہداشت پیشہ ور یا نرس کے ذریعے کلینک کی تشخیص یا ایک جسمانی معائنہ شامل ہو سکتا ہے۔

• اس MAF میں دوا کا آرڈر میرے بچے کے تعلیمی سال کے آخر میں منسوخ ہوجائے گا، جس میں گرمیوں کا دورانیہ شامل ہو سکتا ہے، یا جب میں اسکول نرس / SBHC فراہم کنندہ کو ایک نیا MAF فراہم کروں (جو پہلے واقع ہو)۔ جب اس دوا کے آرڈر کی میعاد پوری ہوجائے، میں اپنے بچے کی اسکول نرس / SBHC فراہم کنندہ کو میرے بچے کے طبی نگہداشت پیشہ ور کے ذریعے تحریر کردہ ایک نیا MAF فراہم کروں گا۔ OSH کو مستقبل میں MAFs کے لیے میرے دستخط کی ضرورت نہیں ہوگی۔

• اس فارم پر وضاحت کردہ ادویات دینے کی خدمات کے لیے یہ فارم میری اجازت اور درخواست کی نمائندگی کرتا ہے۔ یہ OSH کی جانب سے درخواست کردہ خدمات فراہم کیے جانے کا معاہدہ نہیں ہے۔ اگر OSH یہ خدمات فراہم کرنے کا فیصلہ کرتا ہے، میرے بچے کو ایک جز 504 سہولت منصوبے کی بھی ضرورت ہو سکتی ہے۔ اس منصوبے کو اسکول مکمل کرے گا۔

• OSH دیگر کوئی بھی معلومات حاصل کرسکتا ہے جو انکے خیال میں میرے بچے کی طبی صورت حال، دوائی دینا یا علاج کے لیے درکار ہو۔ OSH یہ معلومات کسی بھی ایسے طبی نگہداشت کے پیشہ ور، نرس، یا دوا فروش سے حاصل کرسکتا ہے جنہوں نے میرے بچے کو صحت سے متعلقہ خدمات فراہم کی ہیں۔

• میں سمجھتا ہوں کہ نیو یارک ریاست کے قوانین کے مطابق، ہنگامی صورت دورہ پڑنے کی دوائیوں کو، بشمول ناک سے دی جانے والی دوائیوں کو صرف ایک نرس یا دیگر لائسنس یافتہ طبی نگہداشت فراہم کنندہ کے ذریعے دیا جاسکتا ہے۔

خود ادویات لینے کے لیے (صرف برائے خود مختار طلباء):

• میں تصدیق / توثیق کرتا ہوں کہ میرا بچہ مکمل تربیت یافتہ ہے اور وہ خود دوا لے سکتا ہے۔ میں اپنے بچے کو اس فارم پر دی گئی دوا اسکول میں لایا، محفوظ کرنے اور خود سے لینے کی اجازت دیتا ہوں۔ میں مذکورہ بالا کے مطابق اپنے بچے کو یہ دوا بوتلوں یا ڈبوں میں دینے کا ذمہ دار ہوں۔ میں اپنے بچے کے دوا کے استعمال کرنے کی جانچ کرنے، اور اسکول میں میرے بچے کے اس دوا کے استعمال کے تمام نتائج کا بھی ذمہ دار ہوں۔ اسکول نرس / SBHC فراہم کنندہ میرے بچے کی دوا اپنے ساتھ رکھنے اور خود سے لینے کی اہلیت کی تصدیق کرے گا۔ میں اس پر بھی آمادہ ہوں کہ اسکول کو دوا ایک واضح لیبل لگے ہوئے ڈبے یا بوتل میں "محفوظ ذخیرہ" (بیک اپ) کے لیے دوں گا۔

توجہ: اس بات کو ترجیح دی جاتی ہے کہ آپ اسکول تفریحی دورے کے دن اور اسکول سے باہر سرگرمیوں کے لیے اپنے بچے کے لیے دوا اور آلات بھیجیں۔

طالب علم کا: آخری نام: _____ پہلا نام: _____ درمیانیہ مختصر نام: _____ تاریخ پیدائش: _____

اسکول کا نمبر اور نام: _____ برو: _____ ضلع: _____

والدین / سرپرست کا نام (جلی حروف میں): _____ والدین سرپرست کا ای میل: _____

والدین / سرپرست کے دستخط: _____ دستخط کی تاریخ: _____

والدین / سرپرست کا پتہ: _____

ٹیلیفون نمبر: _____ دن کے وقت: _____ گھر _____ سیل فون: _____

ہنگامی صورت میں متبادل رابطہ فرد: _____

نام: _____ طالب علم کے ساتھ رشتہ: _____ فون نمبر: _____

For Office of School Health (OSH) Use Only

OSIS Number: _____ Received by - Name: _____ Date: _____

504 IEP Other: _____ Reviewed by - Name: _____ Date: _____

Referred to School 504 Coordinator: Yes No

Services provided by: Nurse/NP OSH Public Health Advisor (for supervised students only) School Based Health Center

Signature and Title (RN OR SMD): _____ Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison: _____

Revisions as per OSH contact with prescribing health care practitioner: Clarified Modified

Confidential Information should not be sent by email