



अदलाई ई. स्टीवेन्सन हाई स्कूल जिला 125

दवा प्राधिकरण प्रपत्र

छात्र का नाम: _____ आईडी #: _____ जन्म तिथि: _____
स्कूल दवा प्राधिकरण फॉर्म को दवा प्रशासन से पहले स्कूल सेटिंग में डॉक्टर के पर्चे और/या ओवर-द-काउंटर दवाओं के लिए पूरा किया जाना चाहिए, सिवाय इसके कि चिकित्सा भाग के लिए एक अलग प्राधिकरण फॉर्म की आवश्यकता होती है। स्वास्थ्य सेवाएं इन ओवर-द-काउंटर दवाओं को स्टॉक में रखती हैं:
इबुप्रोफेन (एडविल), एसिटामिनोफेन (टाइलेनॉल), और डीफेनहाइड्रामाइन (बेनाड्रिल)। अन्य सभी गैर-पर्चे वाली दवाएं एक निर्माता-लेबल वाले कंटेनर में माता-पिता/अभिभावक द्वारा स्वास्थ्य कार्यालय में लाई जानी चाहिए। माता-पिता/अभिभावक और स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता द्वारा ओवर-द-काउंटर दवाओं के लिए प्राधिकरण तब तक वैध है जब तक छात्र स्नातक जब तक लिखित रूप में रद्द नहीं किया जाता है या अन्यथा नीचे निर्दिष्ट नहीं किया जाता है।

छात्र के चिकित्सक, चिकित्सक सहायक, या APRN द्वारा निर्देशात्मक अधिकार के साथ पूरा किया जाना है।

काउंटर दवा खत्म होने के बाद
मैं एतद्वारा एडलाई ई. स्टीवेन्सन हाई स्कूल डिस्ट्रिक्ट 125 को स्कूल के घंटों के दौरान निम्नलिखित दवाएं देने के लिए अधिकृत करता हूँ:

* इबुप्रोफेन / एडविल / मोट्रिन हर 6 घंटे में आवश्यकतानुसार (खुराक: _____)
* एसिटामिनोफेन / टाइलेनॉल हर 4 घंटे में आवश्यकतानुसार (खुराक: _____)
* एलर्जी के लक्षणों या एलर्जी की प्रतिक्रिया के लिए डिफेनहाइड्रामाइन / बेनाड्रिल 1-2 * गोलियां (25 मिलीग्राम प्रत्येक)

* अन्य ओवर-द-काउंटर दवाएं: _____ खुराक: _____ आवृत्ति: _____ एपिनेफ्रिन, इंसुलिन या अन्य दवा के स्व-वहन और/या स्व-प्रशासन के लिए प्राधिकरण (अस्थमा इनहेलर के लिए आवश्यक नहीं):

1) क्या आप इस छात्र को उपरोक्त दवा स्वयं ले जाने के लिए अधिकृत करते हैं? हाँ नहीं
2) क्या आप इस छात्र को उपरोक्त दवा का स्व-प्रशासन करने के लिए अधिकृत करते हैं? हाँ नहीं
उपरोक्त के लिए हाँ की जांच करके, मैं प्रमाणित करता हूँ कि छात्र को उपरोक्त दवा के उपयोग का निर्देश दिया गया है, दवा की आवश्यकता को समझता है, स्कूल कर्मियों को किसी भी असामान्य दुष्प्रभाव की रिपोर्ट करने की आवश्यकता को समझता है, और यदि स्व-प्रशासन के लिए अधिकृत है दवा, स्कूल कर्मियों की देखरेख में इसे स्वतंत्र रूप से प्रशासित करने में सक्षम है

प्रिस्क्राइबर मुद्रित नाम: _____
कार्यालय का पता: _____
कार्यालय का फोन #: _____
कार्यालय फैक्स #: _____
प्रिस्क्राइबर के हस्ताक्षर: _____ दिनांक _____

माता-पिता/अभिभावक द्वारा पूरा किया जाना है।

नीचे हस्ताक्षर करके, मैं, ऊपर सूचीबद्ध छात्र के माता-पिता/अभिभावक, सहमत हूँ कि मैं अपने बच्चे को दवा देने के लिए प्राथमिक रूप से जिम्मेदार हूँ। हालांकि, इस घटना में कि मैं ऐसा करने में असमर्थ हूँ या चिकित्सा आपात स्थिति की स्थिति में, मैं स्कूल डिस्ट्रिक्ट 125 और उसके कर्मचारियों और एजेंटों को, मेरी ओर से, प्रशासन (या अपने बच्चे को सेल्फ-कैरी/सेल्फ की अनुमति देने के लिए) अधिकृत करता हूँ। -राज्य के कानून के अनुसार दवाओं का प्रशासन, जबकि स्कूल जिला 125 के कर्मचारियों और एजेंटों की देखरेख में) ऊपर वर्णित तरीके से कानूनी रूप से निर्धारित दवा। इसमें मेरे बच्चे को अनिर्दिष्ट एपिनेफ्रिन इंजेक्टर, ओपिओइड प्रतिपक्षी, या अस्थमा की दवा का प्रशासन शामिल है, जब एक सद्भावना विश्वास है कि मेरे बच्चे को एनाफिलैक्टिक प्रतिक्रिया, ओपिओइड ओवरडोज, या अस्थमा एपिसोड हो रहा है, चाहे ऐसी प्रतिक्रियाएं मुझे ज्ञात हों या नहीं, और यदि लागू हो, मेरे बच्चे की मधुमेह देखभाल योजना द्वारा अधिकृत होने पर अनिर्दिष्ट ग्लूकागन जब मेरे बच्चे का ग्लूकागन साइट पर उपलब्ध नहीं है या समाप्त हो गया है। मैं स्वीकार करता हूँ कि मेरे बच्चे को दवाओं के प्रशासन के लिए स्कूल की नर्स के अलावा किसी अन्य व्यक्ति द्वारा किया जाना आवश्यक हो सकता है, जैसे कि खेल गतिविधियों के दौरान एथलेटिक प्रशिक्षकों तक सीमित नहीं, स्कूल के बाद की गतिविधियों के दौरान स्कूल के प्रायोजक / संरक्षक, कैम्प के बाहर फोल्ड ट्रिप, या ओवरनाइट ट्रिप, और मैं, माता-पिता/अभिभावक, विशेष रूप से ऐसी प्रथाओं के लिए सहमति देते हूँ। मैं अपने बच्चे या मेरे बच्चे के दवा के स्व-प्रशासन से उत्पन्न होने वाले किसी भी दावे के लिए स्कूल डिस्ट्रिक्ट और उसके कर्मचारियों/एजेंटों को क्षतिपूर्ति करने और हानिरहित रखने के लिए सहमत हूँ।

माता-पिता/अभिभावक मुद्रित नाम: _____ दिनांक: _____

माता-पिता/अभिभावक के हस्ताक्षर: _____ फोन #: _____

एक अर्हक योजना के तहत आवश्यक अस्थमा इनहेलर, एपिनेफ्रिन, इंसुलिन या अन्य दवा के स्व-वहन और/या स्व-प्रशासन के लिए प्राधिकरण

में स्कूल डिस्ट्रिक्ट और उसके कर्मचारियों और एजेंटों को अपने बच्चे को _____ सेल्फ-केरी और/या _____ सेल्फ-एडमिनिस्ट्र (कृपया लागू प्राधिकरणों के आगे आघाक्षर) की अनुमति देने के लिए अधिकृत करता हूँ। एक अस्थमा कार्य योजना के तहत, एक मधुमेह देखभाल योजना, एक व्यक्तिगत स्वास्थ्य देखभाल कार्य योजना, एक इलिनोइस खाद्य एलर्जी आपातकालीन कार्रवाई और उपचार प्राधिकरण फॉर्म, एक जब्ती कार्य योजना, 1973 के पुनर्वास अधिनियम की धारा 504 के अनुसार एक योजना, या एक योजना विकलांग व्यक्ति शिक्षा अधिनियम के अनुसार: (1) स्कूल में रहते हुए, (2) स्कूल द्वारा प्रायोजित गतिविधि में, (3) स्कूल कर्मियों की देखरेख में, या (4) सामान्य स्कूल गतिविधियों से पहले या बाद में, जैसे जैसे कि स्कूल से पहले या स्कूल के बाद स्कूल संचालित संपत्ति पर देखभाल। इलिनोइस कानून के लिए स्कूल डिस्ट्रिक्ट को माता-पिता/अभिभावक(ओं) को सूचित करने की आवश्यकता है कि यह, और उसके कर्मचारी और एजेंट, छात्र के स्व-वाहक से उत्पन्न होने वाली किसी भी चोट के परिणामस्वरूप, जानबूझकर और प्रचंड आचरण को छोड़कर, कोई दायित्व नहीं लेते हैं। और अस्थमा की दवा, एपिनेफ्रीन इंजेक्टर या किसी अन्य अधिकृत दवाओं का स्व-प्रशासन।

माता-पिता/अभिभावक मुद्रित नाम: _____ दिनांक: _____
माता-पिता/अभिभावक के हस्ताक्षर: _____ फोन #: _____
नीति:

अपने बच्चों को दवा देने की प्राथमिक जिम्मेदारी माता-पिता/अभिभावकों की होती है। नियमित स्कूल समय के दौरान और स्कूल से संबंधित गतिविधियों के दौरान छात्रों को दवा के प्रशासन को तब तक हतोत्साहित किया जाता है जब तक कि छात्र के गंभीर स्वास्थ्य और भलाई के लिए आवश्यक न हो। छात्रों को दवा का प्रशासन राज्य एजेंसी की सिफारिशों (जैसे, आईडीपीआर, आईडीपीएच और आईएसबीई) के अनुसार, अधीक्षक या नामिती द्वारा स्थापित दिशानिर्देशों के अधीन है। बोर्ड नीति 7.270. प्रक्रियाएं/दिशानिर्देश:

दवा प्राधिकरण फॉर्म: स्कूल कर्मियों किसी भी छात्र को प्रशासन नहीं देंगे, और न ही कोई छात्र पूरी दवा प्राधिकरण जानकारी दाखिल करने के अलावा किसी भी नुस्खे या गैर-पचने वाली दवा का सेवन करेगा या नहीं करेगा। स्कूल नर्स लिखित प्राधिकरण की समीक्षा करती है और आवश्यकतानुसार अतिरिक्त जानकारी के लिए माता-पिता/अभिभावक, लाइसेंस प्राप्त प्रिस्क्राइबर या फार्मासिस्ट से परामर्श करती है। प्राधिकरण और बाद के किसी भी परिवर्तन में शामिल हैं:

ए। चिकित्सक, उन्नत अभ्यास पंजीकृत नर्स, चिकित्सक के सहायक, दंत चिकित्सक, या *

पोडियाट्रिस्ट-लाइसेंस प्राप्त चिकित्सक के लिखित नुस्खे

बी छात्र का नाम, दवा का नाम, खुराक और आदेश की तारीख

सी. प्रशासन के निर्देश (मार्ग, समय या अंतराल, नुस्खे की अवधि)

डी. कारण/इच्छित प्रभाव और संभावित दुष्प्रभाव

ई. माता-पिता/अभिभावक की लिखित अनुमति।

उपयुक्त कंटेनर: कंटेनर में दवा और रिफिल प्रदान किए जाने हैं, जो हैं: ए। किसी फार्मसी या लाइसेंस प्राप्त प्रिस्क्राइबर द्वारा लेबल किया गया प्रिस्क्रिप्शन जिसमें आरएक्स नंबर, छात्र का नाम, दवा, खुराक, और प्रशासन के लिए निर्देश, तारीख और रिफिल शेड्यूल और फार्मासिस्ट का नाम (आपकी फार्मसी आमतौर पर अनुरोध पर स्कूल के भंडारण के लिए एक अतिरिक्त नुस्खा कंटेनर प्रदान कर सकती है)।

बी निर्माता लेबल, गैर-पचने वाली ओवर-द-काउंटर दवा।

उपयुक्त कंटेनर: कंटेनर में दवा और रिफिल प्रदान किए जाने हैं, जो हैं:

ए। किसी फार्मसी या लाइसेंस प्राप्त प्रिस्क्राइबर द्वारा लेबल किया गया प्रिस्क्रिप्शन जिसमें आरएक्स नंबर, छात्र का नाम, दवा, खुराक, और प्रशासन के लिए निर्देश, तारीख और रिफिल शेड्यूल और फार्मासिस्ट का नाम (आपकी फार्मसी आमतौर पर अनुरोध पर स्कूल के भंडारण के लिए एक अतिरिक्त नुस्खा कंटेनर प्रदान कर सकती है)।

बी निर्माता लेबल, गैर-पचने वाली ओवर-द-काउंटर दवा।

दवा का प्रशासन

एक प्रमाणित स्कूल नर्स, पंजीकृत नर्स, या अन्य नामित स्कूल कर्मचारी / एजेंट द्वारा किया जाएगा। एथलेटिक गतिविधियों, स्कूल के बाद की गतिविधियों, ऑफ कैम्पस फील्ड ट्रिप और रात भर की यात्राओं के दौरान स्कूल नर्स के अलावा किसी स्कूल कर्मचारी / एजेंट द्वारा दवाओं के प्रशासन के लिए यह आवश्यक हो सकता है। स्कूल नर्स या प्रशासन दवा के प्रशासन के अनुरोधों को अस्वीकार करने का विवेक रखता है।

स्व-प्रशासन: एक छात्र अपने चिकित्सा प्रदाता द्वारा आदेश दिए जाने पर स्कूल और गतिविधियों में दवा का स्व-प्रशासन कर सकता है। इस फॉर्म पर माता-पिता के हस्ताक्षर स्वीकार करते हैं कि "विद्यार्थियों द्वारा दवा के स्व-प्रशासन से उत्पन्न होने वाली किसी भी चोट के परिणामस्वरूप, स्कूल जिले को जानबूझकर और प्रचंड आचरण के अलावा कोई दायित्व नहीं लेना है और माता-पिता / अभिभावक क्षतिपूर्ति करते हैं और पकड़ते हैं छात्र द्वारा दवा के स्व-प्रशासन से उत्पन्न होने वाले जानबूझकर और प्रचंड आचरण पर आधारित दावे को छोड़कर, किसी भी दावे के खिलाफ स्कूल जिले और उसके कर्मचारियों और एजेंटों को हानिरहित। संदर्भ आईएल पीए 100- 0799 और आईएल पीए 96-1485

स्टॉक दवाएं: एसिटामिनोफेन, इबुप्रोफेन और जेनेरिक बेनाड्रिल को छात्र दवा प्रशासन के लिए स्कूल में स्टॉक में रखा जाता है, हालांकि, एक पूर्ण दवा प्राधिकरण फॉर्म प्रशासन से पहले स्वास्थ्य कार्यालय के साथ वर्तमान, पूर्ण और फाइल पर होना चाहिए। अत्यावश्यक स्थितियों में माता-पिता को फोन करके अनुमति के साथ एक बार की खुराक दी जा सकती है। एक दवा

प्राधिकरण फॉर्म को पूरा करने के लिए घर भेजा जाएगा और फाइल पर भरे हुए फॉर्म के बिना कोई और खुराक प्रदान नहीं की जाएगी।

भण्डारण एवं अभिलेख कीपिंग :- दवा को एक बंद अलमारी में रखा जायेगा। प्रशीतन की आवश्यकता वाली दवा को एक सुरक्षित क्षेत्र में संग्रहित किया जाएगा। सभी दवा प्रशासन छात्र के व्यक्तिगत इलेक्ट्रॉनिक स्वास्थ्य रिकॉर्ड में दर्ज किए जाएंगे। दवा की गणना की जाएगी और डॉक्टर के पर्चे की दवा प्राप्त होने पर इसका दस्तावेजीकरण किया जाएगा। यदि एक खुराक प्रशासित नहीं की जाती है और बर्बाद हो जाती है, तो कारण रिकॉर्ड में दर्ज किया जाएगा और दवा की गिनती को संशोधित किया जाएगा। संकेत मिलने पर माता-पिता को सूचित किया जा सकता है और इसे छात्र के स्वास्थ्य रिकॉर्ड में दर्ज किया जाएगा।

दस्तावेजीकरण, परिवर्तन, नवीनीकरण, और अन्य उत्तरदायित्व: आवश्यक दस्तावेजीकरण की सुविधा के लिए, चिकित्सा आदेश, चिकित्सक के आदेशों में परिवर्तन, और माता-पिता की अनुमति को फेक्स, ईमेल या व्यक्तिगत रूप से स्वास्थ्य कार्यालय में लाया जा सकता है। यह सुनिश्चित करना माता-पिता/अभिभावक की जिम्मेदारी है कि सभी दवा आदेश और अनुमतियां स्कूल में लाई जाती हैं, जरूरत पड़ने पर रिफिल प्रदान की जाती हैं, और नर्स को छात्र के स्वास्थ्य में किसी भी महत्वपूर्ण बदलाव के बारे में सूचित किया जाता है। स्कूल वर्ष के अंत में बची हुई दवाओं को माता-पिता/अभिभावक द्वारा उठाया जाना चाहिए। यदि स्कूल वर्ष के अंत में माता-पिता/अभिभावक द्वारा दवा नहीं ली जाती है, तो इसे छोड़ दिया जाएगा। प्रत्येक नुस्खे दवा आदेश को प्रत्येक स्कूल वर्ष में नवीनीकृत किया जाना चाहिए। स्कूल डिस्ट्रिक्ट 125 में छात्र के नामांकन की अवधि के लिए ओवर-द-काउंटर दवा आदेशों का सम्मान किया जाएगा, जब तक कि अन्यथा चिकित्सक द्वारा निर्दिष्ट न किया गया हो।