



అడై ఇ. స్వీవెస్సన్ ఉన్నత పాఠశాల జిల్లా 125

మందుల అధికారమిచ్చు ఫారమ్

పేరు: _____ ID #: _____ పుట్టిన తేదీ: _____

వైద్య గంభాయికి ప్రత్యేక అధికారమిచ్చు ఫారమ్ అవసరం తప్ప, మందుచీటి మరియు/లేదా కొంటర్ ఔషధాల కోసం పాఠశాల పరిస్థితిలో మందుల సర్వహాణకు మందు పాఠశాల మందుల అధికారమిచ్చు ఫారమ్ పూర్తి చేయాలి.

ఆరేగ్య సేవలు ఈ కొంటర్ల మందులను నిలవలో ఉంచుతుంది: ఐబుప్రోఫెన్ (అడ్వైల్), ఎసిటమినోఫెన్ (టైలినాల్) మరియు డిఫెన్హైడ్రామైన్ (బెనాడ్రీల్). అన్ని ఇతర మందుచీటి కాని మందులను తప్పనిసరిగా తయారీదారు-లేబుల్ సీసాలో తల్లిదండ్రులు/సంరక్షకులు తప్పనిసరిగా ఆరేగ్య కార్యాలయానికి తీసుకురావాలి. తల్లిదండ్రులు/సంరక్షకులు మరియు ఆరేగ్య సంరక్షణ ప్రదాత ద్వారా కొంటర్ల మందుల(ల) కోసం అధికారమిచ్చటం వాతపూర్వకంగా రద్దు చేయబడకపోతే లేదా కింద పేర్కొనబడినట్లయితే తప్ప విద్యార్థి గాడుయేవన వరకు చెల్లుతుంది.

విద్యార్థి వైద్యుడు, వైద్యుడు సహాయకుడు లేదా మందుచీటి అధికారమున్న APRN పూర్తి చేయాలి.

కొంటర్ల మందులు:

పాఠశాల పనివేళలో ఈ క్రింది మందుల(ల)ని అందించడానికి నేను అడై ఇ. స్వీవెస్సన్ ఉన్నత పాఠశాల జిల్లా 125కి అధికారం ఇస్తున్నాను:

- ఐబుప్రోఫెన్/ అడ్వైల్/ మోటీన్ ప్రతి 6 గంటలకు అవసరానికి తగ్గట్టు (మోతాదు: _____)
- ఎసిటమైన్ఫెన్/టైలినాల్ ప్రతి 4 గంటలకు అవసరానికి తగ్గట్టు (మోతాదు: _____)
- డైఫెన్హైడ్రామైన్/ బెనాడ్రీల్ 1-2 మాత్రలు (ఒక్కొక్కటి 25 mg) వైపరీత్య లక్షణాలు లేదా వైపరీత్య ప్రతిచర్యల కోసం
- ఇతర కొంటర్ల మందులు _____ మోతాదు: _____ తరుచుదనము: _____

ఈ అధికారానికి సంబంధించిన సమయ వ్యవధి లేదా ఇతర పరిమితి (ఏదీ లేకుంటే, "N/A" అని వ్రాయండి): _____

మందుచీటి మందులు:

వైద్యశాల లేబుల్ సీసాపై స్పష్టంగా కనిపించు తగిన మోతాదు, తరుచుదనము మరియు పేరుతో మందుచీటి మందులను తల్లిదండ్రులు/సంరక్షకులు తప్పనిసరిగా ఆరేగ్య కార్యాలయానికి తీసుకురావాలి. మందుచీటి మందుల కోసం ప్రతి సంవత్సరం మందుల అధికార ఫారమ్ తప్పనిసరిగా పునరుద్ధరించబడాలి.

మందు పేరు: _____ మోతాదు: _____ తరుచుదనము: _____

రోగనిర్ధారణకు మందుల అవసరం: _____ లక్ష్యం: _____

పాఠశాల రోజు మరియు/లేదా పాఠశాల సంబంధిత కార్యకలాపాల సమయంలో ఈ మందులను అందించడం అవసరం: అవును కాదు

ఏ సమయంలో లేదా ఏ పరిస్థితులలో మందులు ఇవ్వాలి: _____

నిరీక్షించబడ్డ దుష్ప్రభావాలు: _____

విద్యార్థి ప్రస్తుతం స్వీకరిస్తున్న తీసుకుంటున్న ఇతర మందుచీటి మందులు: _____

ఎవ్వరినైనా ఇన్ఫర్మ్ లేదా ఇతర ఔషధాలను స్వయంగా తెచ్చుకొన్న మరియు/లేదా స్వయంగా తీసుకొనుటకు అధికారం (ఉబ్బసము ఇన్ఫర్మ్ కోసం అవసరం లేదు):

1) పై మందులను స్వయంగా తీసుకోలేదుకు మరు ఈ విద్యార్థికి అధికారం ఇస్తున్నారా? అవును కాదు

2) పై మందులను స్వయంగా తీసుకొనుటకు మరు ఈ విద్యార్థికి అధికారం ఇస్తున్నారా? అవును కాదు

పైవాటిని అంగీకరించుటవలన, విద్యార్థికి పై మందుల వాడకం సూచించబడిందని, మందుల అవసరాన్ని అర్థం చేసుకున్నాడని, ఏదైనా అసాధారణ దుష్ప్రభావాలను పాఠశాల సిబ్బందికి నివేదించాలి అవసరాన్ని అర్థం చేసుకున్నాడని మరియు స్వయంగా తీసుకొనుటకు అధికారం ఉంటే మందులు, పాఠశాల సిబ్బంది పర్యవేక్షణలో స్వతంత్రంగా తీసుకొనుటకు సామర్థ్యాన్ని కలిగి ఉన్నాడని నేను ధృవీకరిస్తున్నాను.

సూచించేవారి ముద్రిత పేరు: _____

కార్యాలయ చిరునామా: _____

కార్యాలయ ఫోన్ #: _____

కార్యాలయ ఫ్యాక్స్ #: _____

సూచించేవారి సంతకం: _____



తేదీ _____

తల్లిదండ్రులు/సంరక్షకులు పూర్తి చేయాలి:

క్రింద సంతకం చేయడం ద్వారా పైన పేర్కొన్న విద్యార్థి యొక్క తల్లిదండ్రులు/సంరక్షకుడు అయిన నేను, నా బిడ్డకు మందులు ఇవ్వడానికి ప్రాథమిక బాధ్యత వహిస్తానని అంగీకరిస్తున్నాను. అయినప్పటికీ, నేను అలా చేయలేని పక్షంలో లేదా వైద్య అత్యవసర సమయంలో, నా తరఫున పాఠశాల జిల్లా 125 మరియు దాని ఉద్యోగులు మరియు ఏజెంట్లను (లేదా రాష్ట్ర చట్టానికి అనుగుణంగా పాఠశాల జిల్లా 125 ఉద్యోగులు మరియు ఏజెంట్ల పర్యవేక్షణలో మందులను నా బిడ్డను స్వయంగా తీసుకొనుటకు/స్వయంగా తీసుకుంటున్న అనుమతివడానికి) చట్టబద్ధంగా సూచించిన మందులు పైన వివరించిన పద్ధతీలో ఇమ్మిటకు నేను ఇందుమూలంగా అధికారం ఇస్తున్నాను. నా బిడ్డకు తీవ్ర ఎలర్జిక్ ప్రతికారం, నల్లమందు లాంటివి ఓవర్ డోస్ లేదా ఉబ్బసం సంబంధిత, అలాంటి ప్రతిచర్యలు నాకు తెలిసినా తెలియకపోయినా, నా బిడ్డకు తీవ్ర ఎలర్జిక్ ప్రతికారం ఉందని మంచి నమ్మకం ఉన్నప్పుడు, నా బిడ్డకు సూచించబడని ఏపీనెస్ట్రోన్ ఇంజక్షన్లు, నల్లమందు లాంటివి యాంటీగాస్ట్రిక్ లోడ్ ఉబ్బసం మందులు, మరియు వర్షిన్ నా పిల్లల మధుమేహ సంరక్షణ ప్రణాళిక ద్వారా అధికారం పొందినప్పుడు నా పిల్లల గ్రూప్ క్యాన్ ఆన్-స్టాట్ అందుబాటులో లేనప్పుడు లేదా గడువు ముగిసినప్పుడు గుర్తించబడని గ్రూప్ క్యాన్ ఇవ్వడం ఇందులో ఉంటుంది. నా బిడ్డకు మందులు ఇవ్వడం కోసం పాఠశాల నన్ను కాకుండా ఇతర వ్యక్తి ద్వారా ఇవ్వడం అవసరమని నేను అంగీకరిస్తున్నాను, అంటే క్రీడా కార్యకలాపాల సమయంలో క్రీడా సంబంధ శిక్షకులు, పాఠశాల కార్యకలాపాలు ముగిసిన తర్వాత పాఠశాల స్టాఫ్ లు/సహాయక వ్యక్తులు, ఆచారణ వెలులల క్షేత్ర ప్రతినిధులు, లేదా రాతిపూట పర్యటనలు, మరియు అటువంటి పద్ధతులకు నేను, తల్లిదండ్రులు/సంరక్షకులు ప్రత్యేకంగా సమ్మతించుకున్నాము. నా బిడ్డకు మందులు ఇవ్వడం లేదా నా పిల్లలు స్వయంగా తీసుకోవటం మందుల వల్ల ఉత్పన్నమయ్యే ఏవైనా క్లియరుమలకు వ్యతిరేకంగా పాఠశాల జిల్లా మరియు దాని ఉద్యోగులు/ఏజెంట్లకు సప్లైవరీహారం చెల్లించడానికి మరియు హానిచేయకుండా ఉంచడానికి నేను అంగీకరిస్తున్నాను.

తల్లిదండ్రులు/సంరక్షకుల ముద్రిత పేరు: _____ తేదీ: _____

తల్లిదండ్రులు/సంరక్షకుల సంతకం: _____ ఫోన్ #: _____

ఉబ్బసము ఇన్ఫేల్ట్, ఎపినెస్ట్రోన్, ఇన్సులిన్ లేదా ఇతర మందులు స్వయంగా తెచ్చుకొన్న మరియు/లేదా స్వయంగా తీసుకొనుటకు అర్హత ప్రణాళిక ప్రకారం అవసరానికి అధికారం

నేను పాఠశాల జిల్లా మరియు దాని ఉద్యోగులు మరియు ఏజెంట్లకు, నా బిడ్డను _____ స్వయంగా తెచ్చుకొన్న మరియు/లేదా _____ స్వయంగా తీసుకొనుటకు (ద్రవ్యచేసి వర్గించే అధికారాల పక్షం సంతకం పట్టం) ఉబ్బసం కార్య ప్రణాళిక, మధుమేహం కార్య ప్రణాళిక, వ్యక్తగత ఆరోగ్య సంరక్షణ కార్య ప్రణాళిక, ఇల్లినాయిస్ ఆహార అల్లర్జి అత్యవసర చర్య మరియు చికిత్స అధికారమున్న ఫారం, మూర్ఖ కార్య ప్రణాళిక, 1973 పునరావాస చట్టంలోని సెక్షన్ 504 ప్రకారం ప్రణాళిక లేదా వికలాంగుల విద్యా చట్టం ప్రణాళిక: (1) పాఠశాలలో ఉన్నప్పుడు, (2) పాఠశాల వ్రాయొజిత కార్యకలాపంలో ఉన్నప్పుడు, (3) పాఠశాల నిబ్బంది పర్యవేక్షణలో ఉన్నప్పుడు, లేదా (4) సాధారణ పాఠశాల కార్యకలాపాలకు ముందు లేదా తర్వాత, పాఠశాల నిర్వహించే అన్ని పాఠశాలకు ముందు లేదా పాఠశాల తర్వాత సంరక్షణలో ఉన్నప్పుడు, అతని లేదా ఆమె ఉబ్బసం మందులు, ఎపినెస్ట్రోన్ ఇంజక్షన్ లేదా అవసరానికి మరదైనా ఇతర మందులను అనుమతించడానికి అధికారం ఇస్తున్నాను ఇల్లినాయిస్ చట్టం ప్రకారం, ఉబ్బసం మందులు, ఎపినెస్ట్రోన్ ఇంజక్షన్ లేదా ఏదైనా ఇతర అధ్యక్షత జైవదాలను ఏదాని స్వయంగా తెచ్చుకొనుట మరియు స్వయంగా తీసుకొనుట వల్ల ఉత్పన్నమయ్యే ఏదైనా గాయం ఫలితంగా, ఉద్దేశపూర్వకంగా మరియు అనాలోచిత ప్రవర్తనకు తప్ప, దాని ఉద్యోగులు మరియు ఏజెంట్లు ఎటువంటి బాధ్యత వహించదు అని తల్లిదండ్రులు(లు)/సంరక్షకులు(లు)కు పాఠశాల జిల్లా తెలియజేయాలి.

తల్లిదండ్రులు/సంరక్షకుల ముద్రిత పేరు: _____ తేదీ: _____

తల్లిదండ్రులు/సంరక్షకుల సంతకం: _____ ఫోన్ #: _____

విధానం:

తల్లిదండ్రులు/సంరక్షకులు తమ పిల్లలకు మందులు ఇవ్వడానికి ప్రాథమిక బాధ్యత వహిస్తారు. విద్యార్థి యొక్క క్లియరుమెంట్ ఆరోగ్యం మరియు శ్రమను కోసం అవసరమైతే తప్ప, సాధారణ పాఠశాల సమయాల్లో మరియు పాఠశాల సంబంధిత కార్యకలాపాల సమయంలో విద్యార్థులకు మందులను ఇమ్మిట ప్రాతిపదికపై ఉంచడం, మందులు ఇమ్మిట రాష్ట్ర ఏజెన్సీ సిఫార్సులకు (ఉదా. IDPR, IDPH & ISBE) అనుగుణంగా సూచించబడినట్లైతే లేదా యొక్క ఏదైనా మందులను మార్గదర్శకాలకు అందించడం జరుగుతుంది. బోధ్య వేధానం 7.270.

విధానాలు/మార్గదర్శకాలు:

మందుల అధికారము ఫారమ్ పాఠశాల సిబ్బంది ఏ విద్యార్థికి ఇవ్వకూడదు, మరియు పూర్తి మందుల అధికార సమాచారాన్ని దాఖలు చేసిన తర్వాత గానీ ఏ విద్యార్థి మందులతో లేదా మందులతో లేని మందులను కలిగి ఉండకూడదు లేదా తీసుకోకూడదు. పాఠశాల నన్ను వ్రాతపూర్వక అధికారాన్ని సమీక్షించి మరియు అవసరమైన అదనపు సమాచారం కోసం తల్లిదండ్రులు/సంరక్షకుడు, లైసెన్స్ పొందిన నిబంధకుడు లేదా ఫార్మసిస్ట్ ను సంప్రదించి అధికారం మరియు ఏవైనా తదుపరి మార్పులు వీటిని కలిగి ఉంటాయి:

- A. వైద్యుడు, అనుభవవైద్య వైద్య నిజాన్ నన్ను వైద్యుని సహాయకుడు, దంతవైద్యుడు లేదా పాదరంగ వైద్యుడు లైసెన్స్ పొందిన నిబంధకుడు వాసన మందులతో
- B. విద్యార్థి పేరు, మందుల పేరు, మోతాదు మరియు ఆరోగ్య తేజ
- C. ఇమ్మిట సూచనలు (మార్కు, నిమయం లేదా విధానం, మందులతో వ్యవధి)
- D. కారణం ఉద్దేశించిన ప్రభావాల మరియు సాధ్యమయ్యే దుష్ప్రభావాలు
- E. తల్లిదండ్రులు/సంరక్షకుల వ్రాతపూర్వక అనుమతి

తగిన సీసాలు: మందులు మరియు రిఫిల్లు సీసాలలో అందించాలి. అవి:

- A. Rx సంకేతం, విద్యార్థి పేరు, మందులు, మోతాదు మరియు ఇమ్మిట కోసం ఆదేశం, తేదీ మరియు రిఫిల్ కాలపట్టిక మరియు ఫార్మసిస్ట్ పేరును పదార్థించే ఫార్మి లేదా లైసెన్స్ పొందిన నిబంధకుడు ద్వారా టిబుల్ చేయబడిన మందులతో (మైద్యుల పాఠశాల అభ్యర్థనపై పాఠశాల నిలవ కోసం అదనపు) మందులతో సీసాలు అందిస్తుంది,
- B. తయారీదారు టిబుల్, మందులతో లేని కంట్రోల్ మందులు

ద్రవ్యత పాఠశాల నన్ను, రిజిస్టర్డ్ నన్ను లేదా ఇతర నియమించబడిన పాఠశాల ఉద్యోగి/ఏజెంట్ ద్వారా మందులపేరుం జరుగుతుంది క్రీడా కార్యకలాపాలు, పాఠశాల తర్వాత కార్యకలాపాలు, క్యాంపస్ ఫీల్డ్ ట్రైవలు మరియు రాతిపూట పర్యటనల సమయంలో పాఠశాల నన్ను కాకుండా పాఠశాల ఉద్యోగి/ఏజెంట్ ద్వారా మందులపేరుం అవసరం కావచ్చు. పాఠశాల నన్ను లేదా కార్యనిర్వాహకము మందులపేరుం కోసం అభ్యర్థనలను తరస్థిరంచే విషయాల కలిగి ఉంటుంది.

స్వయంగా తీసుకొనుట: ఒక విద్యార్థి అతని/ఆమె వైద్య ప్రదాత ఆదేశించినట్లయితే పాఠశాల మరియు కార్యకలాపాలలో మందులను స్వయంగా తీసుకొనవచ్చు. ఈ ఫారమ్ పై తల్లిదండ్రుల సంతకం "విద్యార్థి మరియు స్వయంగా తీసుకొనుట వల్ల ఉత్పన్నమయ్యే ఏదైనా గాయం కారణంగా ఉద్దేశపూర్వకంగా మరియు అనాలోచిత ప్రవర్తనకు తప్ప పాఠశాల జిల్లా ఎటువంటి బాధ్యత వహించదు. మరియు విద్యార్థి మందులు స్వయంగా తీసుకొనుట వల్ల ఉత్పన్నమయ్యే పాఠశాల జిల్లా మరియు దాని ఉద్యోగులు మరియు ఏజెంట్ల ఎటువంటి క్లియరుమలకు ఉద్దేశపూర్వకంగా మరియు అనాలోచిత ప్రవర్తనకు అధికారమైనది తప్ప మరియు ఏదైనా క్లియరుమలకు సప్లైవరీహారం చెల్లించదు మరియు హానిచేయకూడదు" సూచన IL PA 100-0799 & IL PA 96-1485

నిలవగా వుండే మందులు: ఎసిటామిన్ సాఫ్ట్, ఐబుప్రోఫెన్ మరియు జెనరిక్ టెన్డిట్లను విద్యార్థికి మందులు ఇమ్మిట కోసం పాఠశాలలో నిలవలో ఉంచబడును. అయినప్పటికీ, పూర్తి చేసిన మందు అధికారమున్న ఫారమ్ తప్పనిసరిగా పంపుతే, పూర్తి మరియు ఇచ్చే ముందు ఆరోగ్య కార్యాలయంలో ఫైల్లో ఉంచాలి. అత్యవసర పరిస్థితుల్లో ఫోన్ చేసిన తల్లిదండ్రుల అనుమతితో ఒక సారి మోతాదు ఇవ్వవచ్చు. మందు అధికారమున్న ఫారమ్ పూర్తి చేయడం కోసం ఇంటికి పంపబడుతుంది మరియు ఫైల్లో పూర్తి చేసిన ఫారమ్ లేకుండా తదుపరి మోతాదులు అందించబడవు.

నిలవ మరియు రికార్డ్ కీపింగ్:- మందులు తాళం చేసిన బీరువలో నిలవ చేయబడతాయి. శతతీకరణమవసరమయ్యే మందులు సురక్షితమైన ప్రదేశంలో నిలవచేయబడతాయి.

అన్ని మందులు ఇచ్చుట విద్యార్థి వ్యక్తిగత ఎలక్షానిక్ ఆరోగ్య రికార్డులో నమోదు చేయబడుతుంది. మందుచీటి మందులు స్వీకరించినప్పుడు మందుల గణనలు నిర్వహించబడతాయి మరియు నమోదు చేయబడతాయి. ఒక మోతాదు ఇవ్వబడనప్పుడు మరియు వ్యర్థా అయినట్లయితే, కారణం రికార్డులో నమోదు చేయబడుతుంది మరియు మందుల సంఖ్య సవరించబడుతుంది. సూచించినట్లయితే తల్లిదండ్రులకు తెలియజేయవచ్చు మరియు అది విద్యార్థి ఆరోగ్య రికార్డులో నమోదు చేయబడుతుంది.

ప్రమాణపత్రకరణ, మార్పులు, పునఃపారంభము మరియు ఇతర బాధ్యతలు: అవసరమైన ప్రమాణపత్రకరణ, వైద్య ఆదేశాలు, ఫిజిషియన్ ఆదేశాలలో మార్పులు మరియు తల్లిదండ్రుల అనుమతులను సులభతరం చేయడానికి వ్యాప్తి చేయవచ్చు. ఇవేమిట చేయవచ్చు లేదా వ్యక్తిగతంగా ఆరోగ్య కార్యాలయానికి తీసుకురావచ్చు. అన్ని మందుల ఆదేశాలు మరియు అనుమతులు పాఠశాలకు తీసుకురాబడ్డాయని, అవసరమైనప్పుడు రిఫిల్లను అందించడం మరియు విద్యార్థి ఆరోగ్యంలో ఏదైనా ముఖ్యమైన మార్పుల గురించి నర్సుకు తెలియజేయడం తల్లిదండ్రులు/సంరక్షకుల బాధ్యత అవుతుంది. విద్యార్థి సంవత్సరం చివరిలో మిగిలి ఉన్న మందులను తల్లిదండ్రులు సంరక్షకులు తొలగించాలి. పాఠశాల సంవత్సరం చివరిలో తల్లిదండ్రులు/సంరక్షకులు మందులు తీసుకోకపోతే, అది విసర్చేయబడుతుంది. ప్రతి మందుచీటి మందుల ఆదేశాలు తప్పనిసరిగా ప్రతి పాఠశాల సంవత్సరంలో పునఃపారంభము చేయవలెను. వైద్యుడు అన్యథా పేర్కొంటే తప్ప పాఠశాల బిల్డా 125లో విద్యార్థి నమోదు చేసుకున్న వ్యవధిలో కొంటర్ల మందుల ఆదేశాలు గౌరవించబడతాయి.