

Jill A. Davis  
នាយកគ្រប់គ្រងសាលា-នាយក  
  
Michael R.H. Barton  
ជំនួយនាយកគ្រប់គ្រងសាលា-នាយកសាលា  
  
William J. Collins  
Superintendent-Emeritus



# GREATER LOWELL

គណៈកម្មាធិការសាលា  
Fred W. Bahou, Jr., ប្រធាន  
Lee Gitschier, អនុប្រធាន  
Matthew J. Sheehan, លេខា  
Kempton P. Giggey  
Curtis J. LeMay  
Paul E. Morin  
George W. O'Hare  
George A. Tatseos

## ជូនចំពោះ ៖ ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល៖

យើងខ្ញុំចង់ជម្រាបអ្នកនូវគោលការណ៍ទាំងឡាយដែលត្រូវបានដាក់ចេញឲ្យមានដើម្បីធានាដល់សុខភាព និងសុវត្ថិភាពនៃក្មេង  
ដែលត្រូវការថ្នាំពេទ្យក្នុងអំឡុងថ្ងៃមករៀន។

មណ្ឌលសាលារៀនយើងខ្ញុំ គម្រូវទាមទារថាទម្រង់បែបបទដូចក្នុងទៅនេះ ត្រូវតែនៅលើឯកសារនៅក្នុងកំណត់ត្រាសុខភាពកូនរបស់  
អ្នកមុនពេលយើងខ្ញុំចាប់ផ្តើមផ្តល់ថ្នាំពេទ្យណាមួយនៅសាលារៀន៖

1. ការយល់ព្រមដោយមានចុះហត្ថលេខាដោយឪពុក ឬម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលឲ្យផ្តល់ថ្នាំពេទ្យ។ សូមបំពេញទម្រង់បែបបទ  
យល់ព្រមដែលភ្ជាប់នៅខាងក្នុង ហើយឲ្យវាទៅគិលានុប្បដ្ឋាកប្រចាំសាលារៀនរបស់អ្នក។
2. វេជ្ជបញ្ជាថ្នាំពេទ្យដែលមានចុះហត្ថលេខា។ ទម្រង់បែបបទវេជ្ជបញ្ជាថ្នាំពេទ្យជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ត្រូវតែត្រូវបាន  
យកទៅកាន់អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណរបស់កូនអ្នក (គ្រូពេទ្យ គិលានុប្បដ្ឋាកជាន់ខ្ពស់ព្យាបាលជំងឺ  
របស់កូនអ្នក។ល។) ដើម្បីបំពេញ និងត្រូវបានបញ្ជូនត្រឡប់ទៅកាន់គិលានុប្បដ្ឋាកប្រចាំសាលារៀន។ វេជ្ជបញ្ជា  
នេះ ត្រូវតែធ្វើថ្មីឡើងវិញតាមការចាំបាច់នៅដើមនៃឆ្នាំសិក្សានីមួយៗ។

ថ្នាំពេទ្យត្រូវតែត្រូវបានដឹកយកទៅជូនដល់សាលារៀននៅក្នុងសម្បកដូករបស់ឱសថស្ថាន ឬសម្បកផ្ទះដែលមានបិទស្លាកដោយក្រុម  
ហ៊ុនផលិតដោយអ្នក ឬដោយមនុស្សពេញវ័យដែលមានទទួលខុសត្រូវដែលអ្នកបាន ចាត់តាំង។ សូមស្នើសុំឱសថស្ថានរបស់អ្នកឲ្យកេង  
លំឲ្យនូវដបដាច់ដោយឡែកសម្រាប់សាលារៀន និងផ្ទះ។ គ្មានការផ្គត់ផ្គង់លើសពីសាមសិបថ្ងៃនៃថ្នាំពេទ្យ ត្រូវត្រូវបាននាំយកទៅជូន  
ដល់សាលារៀននោះទេ។

ពេលកូនអ្នកត្រូវការថ្នាំពេទ្យក្នុងអំឡុងថ្ងៃរៀននៅសាលា សូមធ្វើសកម្មភាពឲ្យរហ័សដើម្បីធ្វើតាមគោលការណ៍ទាំងនេះ  
ដើម្បីឲ្យយើងអាចនឹងចាប់ផ្តើមផ្តល់ថ្នាំពេទ្យឲ្យបានឆាប់តាមដែលអាចធ្វើបាន។ ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរណាមួយ សូមហៅ  
ទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ (978) 454-5411 រួចចុះលេខភ្ជាប់បន្ត 4411, 4422, 4433 ឬ 4455។ ទម្រង់បែបបទ អាចនឹងត្រូវបានធ្វើ  
តាមទូរសារទៅកាន់លេខ (978) 441-5336។

គិលានុប្បដ្ឋាកប្រចាំសាលារៀន

ថ្នាំ Epi-pen ផុតកំណត់ប្រើប្រាស់នៅថ្ងៃទី ៖ \_\_\_\_\_

ថ្នាំសម្រាប់ហឹក Albuterol ផុតកំណត់ប្រើប្រាស់៖ \_\_\_\_\_

250 Pawtucket Boulevard  
Tyngsboro, Massachusetts 01879-2199  
TEL:(978) 454 5411 FAX:[978]441-5344  
gltech.org

បម្រើសហគមន៍នៃ Lowell, Dracut, Tyngsboro និង Dunstable

**MEDICATION ORDER FORM**  
(to be completed by a licensed prescriber)

Name of Student: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_  
(street) (city/town)

Name of Licensed Prescriber \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_

Business Phone: \_\_\_\_\_ Emergency Phone: \_\_\_\_\_

Medication: \_\_\_\_\_

Route of administration: \_\_\_\_\_ Dosage: \_\_\_\_\_

Frequency \_\_\_\_\_ Time(s) of administration \_\_\_\_\_  
*(please note: Whenever possible, medication should be scheduled at times other than school hours).*

Specific directions or information for administration: \_\_\_\_\_

Date of order: \_\_\_\_\_ Discontinuation Date: \_\_\_\_\_

Diagnosis\*: \_\_\_\_\_

Any other medical condition(s)\* \_\_\_\_\_

Optional Information:

1. Special side effects, contraindications, or possible adverse reactions to be observed: \_\_\_\_\_
2. Other medications being taken by the student: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Date of the next scheduled visit or when advised to return to prescriber: \_\_\_\_\_
4. Consent for self administration (provided the school nurse determines it is safe and appropriate). Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Licensed Prescriber

\*if not in violation of confidentiality.

ការអនុវត្តការថែទាំជំងឺនៅក្នុងបរិបទសាលារៀន

ការអនុញ្ញាតផ្តល់សិទ្ធិរបស់ឪពុក ឬម្តាយ/អាណាព្យាបាលចំពោះការផ្តល់ថ្នាំពេទ្យដែលទាមទារវេជ្ជបញ្ជា

ឈ្មោះសិស្ស: \_\_\_\_\_ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: \_\_\_\_\_

ឪពុក ឬម្តាយ/អាណាព្យាបាល (សូមសរសេរឈ្មោះជាអក្សរពុម្ព): \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋាន: \_\_\_\_\_

ទូរស័ព្ទនៅផ្ទះ: \_\_\_\_\_ ទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ: \_\_\_\_\_

ឈ្មោះទំនាក់ទំនងពេលអាសន្នបន្ទាន់: \_\_\_\_\_ ទូរស័ព្ទ: \_\_\_\_\_

ឈ្មោះ: \_\_\_\_\_ ទូរស័ព្ទ: \_\_\_\_\_

កូនខ្ញុំបច្ចុប្បន្ននេះកំពុងទទួលបានថ្នាំពេទ្យដូចតទៅនេះ (ត្រូវបំពេញប្រសិនបើមិនបំពានភាពលាក់ការសម្ងាត់): \_\_\_\_\_

កូនខ្ញុំមានប្រតិកម្មទាស់អាស៊ែនទៅនឹងអាហារ និងជាមួយថ្នាំពេទ្យដូចតទៅនេះ: \_\_\_\_\_

ខ្ញុំយល់ព្រមឲ្យគិលានុប្បដ្ឋាកប្រចាំសាលារៀន ឬបុគ្គលិកសាលារៀនដែលត្រូវបានចាត់តាំងដោយគិលានុប្បដ្ឋាកប្រចាំសាលារៀនឲ្យផ្តល់ថ្នាំពេទ្យដូចតទៅនេះដែលត្រូវបានចេញវេជ្ជបញ្ជាដោយ:

\_\_\_\_\_ ទៅដល់ \_\_\_\_\_  
អ្នកចេញវេជ្ជបញ្ជាដោយមានអាជ្ញាប័ណ្ណ ឈ្មោះសិស្ស

ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតដើម្បីឲ្យកូនខ្ញុំលេបថ្នាំឲ្យខ្លួនឯង ប្រសិនបើគិលានុប្បដ្ឋាកប្រចាំសាលារៀនកំណត់ថាមានសុវត្ថិភាព និងសមស្រប។

\_\_\_\_\_ បាន/បាន \_\_\_\_\_ 19

ខ្ញុំ យល់ព្រមឲ្យគិលានុប្បដ្ឋាកប្រចាំសាលារៀនផ្ទេរការផ្តល់ថ្នាំពេទ្យទៅដល់បុគ្គលិកសាលារៀនដែលគ្មានអាជ្ញាប័ណ្ណតែមានការបណ្តុះបណ្តាលត្រួតពិនិត្យដោយគិលានុប្បដ្ឋាក ហើយត្រូវបានគ្រប់គ្រងមើលខុសត្រូវដោយផ្នែកថែទាំប្រសិនបើគិលានុប្បដ្ឋាកប្រចាំសាលារៀនមិនអាចធ្វើបាន (គឺថា នៅពេលរលំធ្វើដំណើរចុះបំពេញការងារ)

\_\_\_\_\_ បាន/បាន \_\_\_\_\_ 19

ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតដល់គិលានុប្បដ្ឋាកប្រចាំសាលារៀនឲ្យចែករំលែកព័ត៌មានទាក់ទងនឹងការផ្តល់ថ្នាំពេទ្យដែលត្រូវបានចេញវេជ្ជបញ្ជាតាមដែលគាត់កំណត់ថាសមស្របសម្រាប់សុខភាព និងសុវត្ថិភាពរបស់កូនខ្ញុំ។

ខ្ញុំ យល់ ហើយថាខ្ញុំអាចនឹងយកបានមកនូវថ្នាំពេទ្យពីសាលារៀនបានគ្រប់ពេល យ៉ាងណាមិញ ថ្នាំពេទ្យ នឹងត្រូវបានបំផ្លាញប្រសិនបើវាមិនត្រូវបានមកយកក្នុងរង្វង់មួយសប្តាហ៍បន្ទាប់ពីការបញ្ចប់នៃវេជ្ជបញ្ជា ឬមួយសប្តាហ៍បួសលើសពីការបិទសាលារៀន។

ហត្ថលេខាឪពុក ឬម្តាយ/អាណាព្យាបាល: \_\_\_\_\_ កាលបរិច្ឆេទ: \_\_\_\_\_