



## गहन्ना-जेफरसन सार्वजनिक विद्यालयहरू

औषधिउपचारहरूको प्रयोग

5330 F1

R.C. 3313.713

विद्यालयका कर्मचारीहरूद्वारा प्रिस्क्रिप्शन र गैर-प्रिस्क्रिप्शन औषधिउपचार ब्यवस्थापनको लागि अनुरोध

विद्यार्थीको नाम: \_\_\_\_\_ जन्म मिति: \_\_\_\_\_

विद्यार्थीको ठेगाना: \_\_\_\_\_

विद्यालय: \_\_\_\_\_ ग्रेड : \_\_\_\_\_ शिक्षक: \_\_\_\_\_

- सबै औषधिउपचारहरूको लागि खण्ड I पूरा गर्नेपर्छ। प्रत्येक औषधिउपचारको लागि छुट्टै फारम आवश्यक पर्छ।
- बोर्ड नीति 5330 बमोजिम, "औषधिउपचार" ले औषधिहरू र कुनै पनि गैर-प्रिस्क्रिप्शन (ओभर-द-काउन्टर) औषधिहरू, तयारीहरू, र/वा उपचारहरू सिफारिस गर्न अख्तियारित्व भएको इजाजतपत्र प्राप्त स्वास्थ्य पेशेवरद्वारा सिफारिस गरिएका सबै औषधिहरू समावेश गर्दछ।
- खण्ड II औषधिहरू लेख्नको लागि अख्तियारित्व प्राप्त विद्यार्थीको राज्य इजाजतपत्र प्राप्त स्वास्थ्य पेशेवर (प्रिस्क्राइबर) ले पूरा गरेकै हुनुपर्छ।
- खण्ड III विद्यार्थीको माता पिता/अभिभावक द्वारा पूरा गरी हस्ताक्षर गरिएको हुनैपर्छ (प्रिस्क्रिप्शन र गैर-प्रिस्क्रिप्शनको लागि) ।
- मिति उल्लेख भएको मूल भाँडाको औषधिउपचार मात्र; यदि प्रिस्क्रिप्शनमा; विद्यार्थीको नाम; र सही खुराक भए मात्र औषधिउपचार खुवाइने/प्रयोग गरिने छ।

### I. औषधिउपचार जानकारी खण्ड

औषधिउपचार	
खुराक/तरिका	
दिनु पर्ने समय (हरू)	
प्रिस्क्राइबरलाई रिपोर्ट गर्न गम्भीर प्रतिकूल प्रभावहरू	
ब्यवस्थापन/आपतकालीन ब्यवस्थापनको लागी विशेष निर्देशन	
सम्भावित साइड इफेक्टहरू	

विशेष भण्डारण निर्देशनहरू	
यो अनुरोधको सुरु र अन्त्य मिति	सुरु _____ अन्त्य _____

## II. PRESCRIBER'S SECTION

This is to certify that the above named student is under my care and should receive the prescription medication as directed above, during the school day.

As a licensed health professional in the State of Ohio, and at the request of this student's parent/guardian, I direct that the above medication(s) be administered as indicated above.

Prescriber's printed name and title: \_\_\_\_\_

Prescriber's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

## III. माता पिता/अभिभावकको खण्ड

म यसद्वारा माथि नाम दिइएको मेरो बच्चालाई हाम्रो इजाजतपत्र प्राप्त स्वास्थ्य पेशेवरबाट विशेष लिखित आदेशहरू अनुसार तोकिएको विद्यालयका कर्मचारीहरूद्वारा व्यवस्थापन गरिएको औषधि प्राप्त गर्न अनुमति दिन्छु।

म यसद्वारा शिक्षा बोर्ड र सबै विद्यालय कर्मचारीहरूलाई यस अख्तियारनामाबाट प्रत्यक्ष रूपमा हुने क्षति वा चोटको लागि कुनै पनि र सबै दायित्वबाट मुक्त गर्दछु।

म विद्यालय क्लिनिकमा यो औषधिउपचार पुर्याउनको लागि जिम्मेवार छु र यदि यो औषधिउपचारको आवश्यकता समाप्त भएको छ भने तुरुन्तै विद्यालयलाई सूचित गर्नेछु।

यदि माथिको औषधिउपचारको सम्बन्धमा कुनै परिवर्तन गरिएको छ भने, वा हामीले हाम्रो स्वास्थ्य पेसेवर परिवर्तन गरेमा म *विद्यालयका कर्मचारीहरूद्वारा प्रिस्क्रिप्शन र गैर-प्रिस्क्रिप्शन औषधिउपचारको व्यवस्थापन लागि संशोधित अनुरोध* पेश गर्न सहमत छु।

यदि यो औषधिउपचार जिल्ला-प्रायोजित रात्री गतिविधिहरूमा आवश्यक छ भने, म मेरो बच्चाको रात्री गतिविधिहरूको निरीक्षण गर्ने प्रशिक्षित विद्यालय कर्मचारीहरूलाई छुट्टै खुराक उपलब्ध गराउन सहमत छु। म नियमित विद्यालय समय भन्दा बाहिर प्रिस्क्राइबरका निर्देशनहरू समावेश गर्न विद्यालय कर्मचारीहरूद्वारा *प्रिस्क्रिप्शन र गैर-प्रिस्क्रिप्शन औषधिउपचारको व्यवस्थापनको लागि संशोधित अनुरोध फारम* पेश गर्न सहमत छु।

म मेरो बच्चाको औषधिउपचार व्यवस्थापनको लागि आवश्यक पर्ने प्रिस्क्राइबर वा उनीहरूको क्लिनिक, विद्यालय नर्स, र तोकिएको कर्मचारीहरू बीच सञ्चारको लागि सहमत छु।

माता पिता/अभिभावकको प्रष्ट नाम: \_\_\_\_\_

माता पिता/अभिभावकको हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_ मिति: \_\_\_\_\_

