



गहन्ना-जेफरसन सार्वजनिक विद्यालयहरू

औषधिहरूको प्रयोग

5330 F3

R.C. 3313.716

विद्यार्थीको लागि दम इनहेलर साथमा राख्न र प्रयोगको लागि अख्तियारनामा

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

विद्यार्थीको ठेगाना: \_\_\_\_\_

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

- खण्ड I. औषधिहरू लेख्नको लागि अख्तियारित्व प्राप्त ("प्रिस्क्राइबर") विद्यार्थीको राज्य इजाजतपत्र प्राप्त स्वास्थ्य पेशेवरले पूरा गरेकै हुनुपर्छ।
- खण्ड II. पूरा गरी विद्यार्थीको माता पिता/अभिभावकद्वारा हस्ताक्षर गरिएको हुनुपर्छ।
- विद्यार्थीले दमको लक्षणहरू कम गर्न विद्यालयमा दमको इनहेलर बोक्न वा प्रयोग गर्नु अघि, वा दमका लक्षणहरू कम गर्न वा दमका लक्षणहरू आउन रोक्न अघि गर्ने कसरतको लागि तपाईंले यो फारम विद्यालयका प्रधान अध्यापक र/वा परिचारिकालाई दिनु पर्छ।

## I. PRESCRIBER'S SECTION

*This is to certify that the above named student is under my care and self-possess and use the below asthma inhaler as prescribed:*

<b>Medication</b>	
<b>Dose/Route</b>	
<b>Procedures for school employees if the medication does not produce the expected relief</b>	
<b>Severe adverse reactions to be reported to prescriber</b>	

**Start & end date of this request**

**Start** \_\_\_\_\_

**End** \_\_\_\_\_

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 be self-administered as indicated above.

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

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

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

## II. माता पिता/अभिभावकको खण्ड

माथि नामाकरण गरिएको बच्चाको माता पिता/अभिभावकको रूपमा, तोकिए अनुसार, विद्यालयमा र मेरो बच्चाको विद्यालय सहभागी भएको कुनै पनि विद्यालय गतिविधिमा म मेरो बच्चालाई दम इनहेलर बोक्न र प्रयोग 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 सन्दर्भमा कुनै परिवर्तनहरू भएमा, वा हामीले हाम्रो स्वास्थ्य व्यवसायी परिवर्तन गर्छौं भने, म **विद्यार्थीको लागि दम इन्हेलर साथमा राख्न र प्रयोगको लागि** संशोधित अख्तियारनामा 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 समयभन्दा बाहिरका प्रिस्क्राइबर निर्देशनहरू समावेश गर्न **विद्यार्थीको लागि दम इन्हेलर साथमा राख्न र प्रयोगको लागि संशोधित अख्तियारनामा**को फारम पेश गर्न सहमत छु।

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

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

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

