



गहन्ना-जेफरसन सार्वजनिक विद्यालयहरू

औषधिउपचारहरूको प्रयोग

5330 F4

R.C. 3313.718

विद्यार्थीको लागि एपिनेफ्रिन अटो इन्जेक्टर 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 गरेको हुनैपर्छ।
- खण्ड II. पूरा गरी विद्यार्थीको माता पिता/अभिभावकद्वारा हस्ताक्षर गरिएको हुनुपर्छ।
- विद्यार्थीले विद्यालयमा एनाफिलेक्सिसको उपचार गर्न एपिनेफ्रिन अटो इन्जेक्टर बोक्न र प्रयोग गर्नु अघि तपाईंले यो फारम विद्यालयका प्रधान अध्यापक र/वा परिचारिकालाई दिनै 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 epinephrine auto injector.

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

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

माथिको नाम दिइएको बच्चाको माता पिता/अभिभावकको रूपमा, म मेरो बच्चालाई विद्यालय र विद्यार्थीको विद्यालय सहभागी भएको कुनै पनि विद्यालय गतिविधिमा तोकिए बमोजिम एपिनेफ्रिन अटो इन्जेक्टर बोक्न र प्रयोग गर्न अख्तियारित्व दिन्छु। म बुझ्छु कि यदि यो औषधिउपचार प्रयोग गरियो भने विद्यालय कर्मचारीले आपतकालीन चिकित्सा सेवा प्रदायकबाट तुरुन्तै मद्दत अनुरोध गर्नेछ। म कानून द्वारा आवश्यक पर्ने औषधिउपचारको जगेडा खुराक विद्यालय प्रधान अध्यापक वा परिचारिकालाई उपलब्ध गराउनेछु।

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 गरेमा म विद्यार्थीको लागि एपिनेफ्रिन अटो इन्जेक्टर साथमा राख्न र प्रयोगको लागि अख्तियारनामाको संशोधित फारम पेश गर्न सहमत छु।

यदि यो औषधिउपचार जिल्ला-प्रायोजित रात्री गतिविधिहरू दौरान 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 एपिनेफ्रिन अटो इन्जेक्टर साथमा राख्न र प्रयोगको लागि अख्तियारनामाको संशोधित 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: _____

