



## गहन्ना-जेफरसन सार्वजनिक विद्यालयहरू

क्षेत्र र अन्य जिल्ला-प्रायोजित यात्राहरू

2340

R.C. 3327.15

### जिल्ला-प्रायोजित रात्री यात्रा मेडिकल प्रमाणीकरण फारम विद्यालयका कर्मचारीहरूद्वारा प्रिस्क्रिप्शन र गैर-प्रिस्क्रिप्शन औषधिउपचार व्यवस्थापनको लागि अनुरोध दम इन्हेलर वा एपिनेफ्रिन अटोइन्जेक्टर राख्ने र प्रयोग गर्ने अनुमति

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

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

जिल्ला प्रायोजित यात्रा: \_\_\_\_\_ यात्राका मिति(हरू): \_\_\_\_\_

#### खण्ड निर्देशनहरू

##### खण्ड I - प्रिस्क्रिप्शन र गैर-प्रिस्क्रिप्शन औषधिउपचार व्यवस्थापनको लागि अनुरोध

यस खण्डमा तपाईंको बच्चाको यस जिल्ला-प्रायोजित यात्रामा, विद्यालयका कर्मचारीहरूको उपस्थितिमा, र औषधिउपचारहरू लेख्ने इजाजतपत्र प्राप्त स्वास्थ्य पेशेवर ("प्रिस्क्राइबर") ले तोके अनुसार लिने अनुमानका सबै औषधिउपचारहरूको सूची समावेश गर्ने पर्छ। यो खण्ड पूरा गर्दा:

क.) यदि तपाईंले सबै औषधिउपचारहरूको लागि "हो" चिनो लगाउनुभयो भने, तपाईंले थप फारमहरू भर्नु पर्दैन।

ख.) यदि तपाईंले आफ्नो बच्चाको कुनै पनि औषधिउपचारहरूको लागि "होइन" चिनो लगाउनु भयो भने, कृपया *विद्यालय कर्मचारी द्वारा प्रिस्क्रिप्शन र गैर-प्रिस्क्रिप्शन औषधिउपचारको व्यवस्थापनको लागि अनुरोध* फारम (5330 F1) पेश गर्नुहोस्।

मिति उल्लेख भएको मूल भाँडाको औषधिउपचार मात्र; यदि प्रिस्क्रिप्शनमा; विद्यार्थीको नाम; र सही खुराक भए मात्र औषधिउपचार खुवाइने/प्रयोउ गरिने छ। कृपया औषधिउपचार पुर्याउने र प्राप्त गर्ने प्रक्रियाहरूको लागि यात्रा संयोजक र विद्यालय परिचारिकाको निर्देशन पालना गर्नुहोस्।

##### खण्ड II - औषधिउपचार आफै बोक्ने र आफै प्रयोग गर्ने अनुमति

यो खण्ड मा तपाईंको बच्चालाई आवश्यक भएअनुसार साथमा बोक्न र प्रयोग गर्न, र औषधिहरू लेख्ने अधिकृत इजाजत प्राप्त स्वास्थ्य पेशेवर ("प्रिस्क्राइबर") ले तोकी अनुमति दिएको दम इन्हेलर र एपिनेफ्रिन अटोइन्जेक्टरहरूको सूची समावेश गर्नेपर्छ। यो खण्ड पूरा गर्दा:

क.) यदि तपाईंले दम इन्हेलर र/वा एपि पेनको लागि "हो" चिनो लगाउनुभयो भने, कुनै थप कार्य आवश्यक पर्दैन।

ख.) यदि तपाईंले "होइन" चिनो लगाउनु भयो भने, कृपया *दम इन्हेलर* (5330 F3) वा *एपिनेफ्रिन अटोइन्जेक्टर (एपीआई पेन)* (5330 F4) साथमा राख्ने र प्रयोगको लागि अख्तियारित्व फारमहरू पेश गर्नुहोस्।

##### खण्ड III - माता पिता/अभिभावकको अनुमति

यो खण्ड पूरा गरी विद्यार्थीको माता पिता/अभिभावकले हस्ताक्षर गरेकै हुनुपर्छ।

*मधुमेह हेरचाहको लागि, विद्यार्थीहरूसँग बोर्ड नीति 5336 अनुसार फाइलमा (फारम 5330 F1dm) विद्यालयमा मधुमेह व्यवस्थापनको लागि अभिभावकको सहमति र अख्तियारित्व प्राप्त स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको अख्तियारनामा हुनैपर्छ।*

**I. प्रिस्क्रिप्शन र गैर-प्रिस्क्रिप्शन औषधिउपचारको प्रयोगको लागि अनुरोध**

कृपया विद्यालयका कर्मचारीहरूद्वारा प्रयोगको लागि अनुरोध गरिएका सबै विद्यार्थीका औषधिउपचारहरूको सूची बनाउनुहोस् (दम इन्हेलरहरू वा एपिनेफ्राइन अटोइन्जेक्टरहरू समावेश नगर्नुहोस्)

माथि नाम दिइएका विद्यार्थीले जिल्ला-प्रायोजित रात्री यात्राको समयमा, प्रिस्क्रिबरद्वारा निर्देशित विद्यालय कर्मचारीहरूद्वारा वा उपस्थितिमा निम्न औषधिउपचार(हरू) (प्रिस्क्रिप्शन वा गैर-प्रिस्क्रिप्शन) प्राप्त गर्नुपर्छ:

औषधिउपचारको नाम (प्रिस्क्रिप्शन र गैर-प्रिस्क्रिप्शन):	विद्यालय कर्मचारी द्वारा प्रिस्क्रिप्शन र गैर-प्रिस्क्रिप्शन औषधिउपचारको व्यवस्थापनको लागि यो अनुरोध फारम (5330 F1) प्रिस्क्रिबर र माता पिता/अभिभावकद्वारा पूरा गरिएको छ र मेरो बच्चाको विद्यालय क्लिनिकमा दायर गरिएको छ:
	<ul style="list-style-type: none"><li>• छ</li><li>• छैन</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• छ</li><li>• छैन</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• छ</li><li>• छैन</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• छ</li><li>• छैन</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• छ</li><li>• छैन</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• छ</li><li>• छैन</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• छ</li><li>• छैन</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• छ</li><li>• छैन</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• छ</li><li>• छैन</li></ul>

\*यदि तपाईंले आफ्नो बच्चाको कुनै पनि औषधिउपचारहरूको लागि "छैन" चिनी लगाउनु भयो भने, कृपया विद्यालय कर्मचारी द्वारा प्रिस्क्रिप्शन र गैर-प्रिस्क्रिप्शन औषधिउपचारको व्यवस्थापनको लागि अनुरोध फारम (5330 F1) पेश गर्नुहोस्।

## II. दम इन्हेलर र/वा एपिनेफ्रिन अटोइन्जेक्टर विद्यार्थीको साथमा राख्न र प्रयोगको लागि अख्तियारनामा

उपरोक्त नामका विद्यार्थीलाई प्रिस्क्राइबरद्वारा निर्देशित निम्न आपतकालीन औषधिउपचारहरू साथमा बोक्न र प्रयोग गर्न पूर्व अनुमति दिइएको छः

आफ्नो साथमा राख्ने औषधिउपचारको नाम	दम इन्हेलर (5330 F3) साथमा राख्न र प्रयोगको लागि अख्तियारनामा वा एपिनेफ्रिन अटोइन्जेक्टर (इपीआई पेन) (5330 F4) साथमा राख्न र प्रयोगको लागि अख्तियारनामा फारम प्रिस्क्राइबर र मातापिता/अभिभावकले पूरा गरेका छन् र मेरो बच्चाको विद्यालय क्लिनिकमा दर्ता गरिएको छः
	<ul style="list-style-type: none"><li>• छ</li><li>• छैन</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• छ</li><li>• छैन</li></ul>

\*यदि तपाईंले "छैन" चिनो लगाउनु भयो भने, कृपया दम इन्हेलर (5330 F3) साथमा राख्ने र प्रयोगका अख्तियारनामा वा एपिनेफ्रिन अटोइन्जेक्टर (एपीआई पेन) (5330 F4) साथमा राख्ने र प्रयोगका अख्तियारनामा फारमहरूको पेश गर्नुहोस्।

मूल भाँडोमा भएको औषधिउपचार मात्र; मिति उल्लेखित, यदि प्रिस्क्रिप्शन भए; विद्यार्थीको नाम; र सही खुराक उल्लेख भएमा साथमा राख्न अनुमति दिइनेछ। कृपया औषधिउपचार पुर्याउने, प्राप्त गर्ने, र आफुसंग बोक्ने प्रक्रियाहरूको लागि यात्रा संयोजक र विद्यालय परिचारिकाको निर्देशन पालना गर्नुहोस्।

## III. माता पिता/अभिभावकको अनुमति

म यसद्वारा माथिको नामाकरण गरिएको मेरो बच्चाको लागि अनुमति दिन्छु (लागू हुने सबै चिनो लगाउनुहोस्):

- हाम्रो इजाजतपत्र प्राप्त स्वास्थ्य पेशेवरबाट विशेष लिखित आदेशहरू अनुसार तोकिएको विद्यालयका कर्मचारीहरूद्वारा प्रयोग गराइने खण्ड I मा माथि सूचीबद्ध औषधिउपचारहरू प्राप्त गर्नुहोस्
- खण्ड II मा माथि सूचीबद्ध आफ्नो दम इन्हेलर र वा एपि पेन आफै बोक्नुहोस् र प्रयोग गर्नुहोस्
- हाम्रो इजाजतपत्र प्राप्त स्वास्थ्य पेशेवरबाट विशेष लिखित आदेशहरू अनुसार तिनीहरूको आफ्नै मधुमेह हेरचाह व्यवस्थापन गर्नुहोस्

म यात्राको औषधिउपचार पुर्याउने प्रक्रिया अनुसार यो औषधिउपचारको डेलिभरीको लागि जिम्मेवार छु भनी म बुझ्छु, र म यस यात्राको अन्त्यमा विद्यालय क्लिनिकबाट कुनै पनि प्रयोग नगरिएका औषधिउपचारहरू प्राप्त गर्न र घर लैजान सहमत छु। यदि मैले माथि सूचीबद्ध कुनै पनि औषधिउपचारहरूको छेउमा "छैन" चिनो लगाएमा म सबै आवश्यक फारमहरू पेश गर्न सहमत छु।

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

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

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

