

**Asthma Parent-Physician Information****မိဘအကြောင်းအရာ**

ကျောင်းသားအမည် _____ အတန်း _____ မွေးနေ့ _____ ကျောင်း _____ အခန်း# _____

မိဘ/တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူအမည် _____ နေ့စဉ်-ဖုန်း# _____ ဆဲလ်ဖုန်း _____

အရေးပေါ်ဆက်သွယ်ရမည့်ဖုန်း #၁။ _____ တော်စပ်ပုံ _____ နေ့စဉ်-ဖုန်း# _____ ဆဲလ်ဖုန်း _____

အရေးပေါ်ဆက်သွယ်ရမည့်ဖုန်း #၂။ _____ တော်စပ်ပုံ _____ နေ့စဉ်-ဖုန်း# _____ ဆဲလ်ဖုန်း _____

မိသားစုဆရာဝန် _____ ဖုန်း# _____ ရင်ကြပ်ရောဂါဆရာဝန်အမည် _____ ဖုန်း# _____

သွားချင်သည့်ဆေးရုံ ☐ လူသာရင် (W. Jefferson) ဂျန်ဇာဆင် ☐ လူသာရင် (Dupont-ဗူပွန်) ☐ ပတ်ဗျူး (မြောက်) ☐ ပတ်ဗျူး (ရင်ဒဲလီရား) ☐ စိန်ဂျိုး

အောက်ပါတို့မှရင်ကြပ်ခြင်းကိုဖြစ်စေသည့် အချက်များကို ရွေးပါ-ထိုအချက်များအားလုံးဖြစ်လျှင်အားလုံးကိုရွေးပါ

☐ တိရစ္ဆာန်များ ☐ ဓလေ့ကျင့်ခန်း ☐ အေးလွန်း/ပူလွန်းခြင်း ☐ အအေးများ/တုတ်ကွေး ☐ ပန်းဝတ်မှုန်များ ☐ မီးဖို ☐ _____ နှင့်မတူပါ☐ အခြား _____

ရင်ကြပ်ရောဂါရာဇဝင်-

ရောဂါစတင်သည့်အသက် _____ နောက်ဆုံးရင်ကြပ်ဆရာဝန်ထံသို့သွားခဲ့သည့်နေ့စွဲ _____ ရင်ကြပ်သောကြောင့်ကျောင်းပျက်ခဲ့သည့်ရက်ပေါင်း _____

ပြီးခဲ့သောနှစ်က၊ သင့်ကလေးရင်ကြပ်၍ဆေးရုံတက်ခဲ့ရသည့်ရက်ပေါင်း? _____ အရေးပေါ်ဉာဏ်သိမ်းသွားခဲ့ရသည့်အကြိမ်ရက်ပေါင်း? _____

သင့်ကလေးရင်ကြပ်ရောဂါအတွက်နံပါတာတစ်ခုကပိုင်းပါ (မဆိုပါ) ၁ ၂ ၃ ၄ ၅ ၆ ၇ ၈ ၉ ၁၀ (အဆိုးဆုံး)

ကျနော်/မတို့ကလေးသည်ရုဆေးပေးအသုံးပြုနည်းကို ☐ သိသည် ☐ မသိပါ ကလေးသည်(spacer)နှင့်ရုဆေးပေးသုံးနည်းကို ☐ သိသည် ☐ မသိပါ တပတ်ကိုရုဆေးပေးသုံးသည့်အကြိမ်အရေအတွက် _____**နေ့စဉ်ရင်ကြပ်/အလာဂျီကို(ထိန်းချုပ်)နိုင်သည့်ဆေး- သင့်ကလေးရင်ကြပ်ရောဂါကို နေ့စဉ် ကြိုတင်ကာကွယ်ရန်နှင့်ထိန်းချုပ်ရန်မည်သည့်ဆေးကိုသောက်ရသလဲ?**

ဆေးအမည်များ	သောက်ရသည့်အရေအတွက်/အကြိမ်	သောက်ရမည့်အချိန်
၁။		
၂။		

အရေးပေါ်သောက်သုံးရမည့် ဆေး- သင့်ကလေး၏ အလာဂျီ/ရင်ကြပ်ရောဂါ ရုတ်တရက်ဖြစ်လာလျှင်မည်သည့်ဆေးကိုသောက်သုံးရမလဲ?

ဆေးအမည်များ	သောက်ရသည့်အရေအတွက်/အကြိမ်	သောက်ရမည့်အချိန်
၁။		
၂။		

လေ့လာရေးခရီးများနှင့်အပြင်တွင်ပြုလုပ်သည့်လှုပ်ရှားဆောင်ရွက်မှုများတွင်အောက်ပါဆေးကိုညွှန်ကြားချက်အတိုင်းသုံးပါ

၁။	၂။
----	----

ကျောင်းသားနှင့်အတူလုပ်ကိုင်နေရသောသင့်တော်သည့်ဝန်ထမ်းများကို၍အခြေခံအကြောင်းအရာ(အစီအစဉ်)များကိုသိရန်လေ့ရှိကျနော်/မသဘောတူသည်။ ကျနော်/မ၏ကလေးခံစားရသော ထိခိုက်မှု/ဒဏ်ရာရခြင်းအတွက်တာဝန်ရှိသည့်ဖိုရ်နီးကော်မြို့နယ်ကျောင်းမြို့နယ်နှင့် ၎င်းနှင့်ဆောင်ရွက်သူအေးလွန်း/ပူလွန်းခြင်း၊ အုပ်ချုပ်သူများ၏တာဝန်အရတောင်းခံမှုကိုသဘောတူသည်။ ကျနော်/မတို့ကလေးကိုဆေးကုသမှုပေးရန်၊ မိသားစုဆရာဝန်နှင့် ဆက်သွယ်ရန်၊ ကျောင်းမှသူနာပြုအားခွင့်ပြုချက်ကိုသဘောတူသည်။ ကုသမှုအစီအစဉ်အပြောင်းအလဲရှိပါကကျနော်/မတို့ကိုစာဖြင့်အသိပေးရန်ကိုလဲသဘောတူသည်။

မိဘလက်မှတ် _____ နေ့စွဲ _____

Asthma Parent-Physician Information

PHYSICIAN INFORMATION *This section is only to be filled out by the health care provider and is only necessary for the special circumstances listed below.*

Student Name _____ D.O.B. _____

This student has a diagnosis of asthma and will require the following modifications to the school day to ensure his/her safety and wellbeing.

Student will need emergency asthma medications for the following symptoms

☐ on demand
 ☐ before activity
 ☐ coughing
 ☐ difficulty breathing
 ☐ chest tightness
 ☐ wheezing
 ☐ has a peak flow reading at or below _____
☐ may repeat medication dose x1 if no improvement

 ☐ Other _____

EMERGENCY ASTHMA MEDICATIONS TO BE USED AT SCHOOL

MEDICATION	AMOUNT	FREQUENCY	MAY REPEAT DOSE	SPECIAL DIRECTIONS
1.				
2.				

☐ Student uses a peak flow meter.

Students tests peak follow ☐ daily at school ☐ only when symptomatic special directions for interventions

☐ Student requires modifications for gym class

☐ use inhaler before activity ☐ no gym class under the following circumstances

☐ Student requires modifications for outdoor recess -

☐ use inhaler before activity ☐ no outdoor recess under the following circumstances

☐ Student may carry own inhaler and administer without supervision while at school

☐ Other modifications _____

Physician Signature _____ Date _____