

पिकरिङ्टन स्कूल्स (Pickerington Schools)
इपिनेफ्रिन अटोइन्जेक्टर राख्ने र प्रयोग गर्ने स्वीकृति

विद्यार्थीले विद्यालयमा एनाफाइल्याक्सिसको उपचारका लागि इपिनेफ्रिन अटोइन्जेक्टर राख्ने र प्रयोग गर्न सक्नु पूर्व पूरा भरिएको फाराम स्कूलको प्रधानाध्यापक र/वा नर्सलाई उपलब्ध गराउनु पर्छ।

विद्यार्थीको नाम: _

विद्यार्थीको ठेगाना: _

यो खण्ड विद्यार्थीको आमाबुवा वा कानूनी अभिभावकले पूरा गरेर हस्ताक्षर गर्नुपर्छ।

यस विद्यार्थीको आमाबुवा वा कानूनी अभिभावकको रूपमा, म मेरो बच्चा/लाई स्कूल र कुनै गतिविधि, कार्यक्रम वा विद्यार्थीको स्कूलद्वारा प्रायोजित वा स्कूल सहभागी भएको कुनै कार्यक्रममा निर्देशन गरिए अनुसार इपिनेफ्रिन अटोइन्जेक्टर राख्ने र प्रयोग गर्ने स्वीकृति दिन्छु।

म बुझ्छु कि यो औषधिको प्रयोगपछि तुरुन्तै स्कूलको कर्मचारीले आकस्मिक मेडिकल सेवा प्रदायकलाई सहायताका लागि अनुरोध गर्नु हुनेछ। म कानूनी रूपमा आवश्यक भए अनुसार यस औषधिको ब्याकअप डोज स्कूलको प्रधानाध्यापक वा नर्सलाई उपलब्ध गराउने छु।

आमाबुवा/अभिभावकको हस्ताक्षर: _____ मिति: _____

आमाबुवा/अभिभावकको नाम: _____ फोन: _____

यो खण्ड विद्यार्थीको औषधि निर्देशन गर्ने चिकित्सकले पूरा गरेर हस्ताक्षर गर्नुपर्छ।

औषधिको नाम/डोज: _____

औषधि प्रयोग गर्ने सुरुवात मिति: _____ अन्त्य मिति: _____

इपिनेफ्रिन अटोइन्जेक्टरको प्रयोग अवस्थाहरू: _____

यदि विद्यार्थीले औषधि प्रयोग गर्न नजानेमा वा यसले आशा गरिएको आराम दिन नसकेमा स्कूलका कर्मचारीहरूले अपनाउनुपर्ने कार्यविधिहरू: _____

सम्भावित गम्भीर प्रतिकूल प्रतिक्रियाहरू:

निर्देश गरिएको औषधिको कारण विद्यार्थीमा देखिने प्रतिक्रियाहरू (औषधि निर्देश गर्ने चिकित्सकलाई यी प्रतिक्रियाहरू रिपोर्ट गर्नुहोस्): _____

निर्देश नगरिएको तर औषधिको डोज प्राप्त गरेको कारण विद्यार्थीमा देखिने प्रतिक्रियाहरू: _____

अन्य सिफारिसहरू:

कृपया समय, तालिका, उपचारको अवधि, कुनै विशेष सावधानी वा सम्भावित प्रतिक्रिया र हस्तक्षेपहरू समावेश गर्नुहोस्।

औषधि निर्देश गर्ने चिकित्सकको रूपमा, मैले यो विद्यार्थी यो अटोइन्जेक्टरलाई उपयुक्त रूपमा साथमा राख्न र प्रयोग गर्न सक्षम छ भनी निर्धारण गरेको छु र यस अटोइन्जेक्टरको सही प्रयोगसम्बन्धी प्रशिक्षण दिएको छु।

औषधि निर्देश गर्ने चिकित्सकको अनुमति:

औषधि निर्देश गर्ने चिकित्सकको हस्ताक्षर: _____ मिति: _____

औषधि निर्देश गर्ने चिकित्सकको नाम: _____ फोन: _____

ठेगाना: _____

विद्यार्थीहरू
5330 AG
पृष्ठ 2 को 2
संसोधित 12/2022