

पिकरिङ्टन स्कूल्स (Pickerington Schools)

विद्यालयका ग्रेड K देखि 12 सम्मका कर्मचारीद्वारा निर्देशित औषधिको प्रशारणका लागि अनुरोध

चिकित्सकको खण्ड:

विद्यार्थीको नाम: _____ मेरो स्याहारअन्तर्गत छ र निम्न कुराहरू प्राप्त गर्नुपर्छ:

औषधिको नाम: _____ डोज: _____ मार्ग: _____

प्रबन्ध गर्ने दिनको समय: _____ औषधिका लागि निदान/कारण: _____

विशेष भण्डारणका निर्देशनहरू: _____ प्रबन्धका लागि विशेष निर्देशनहरू: _____

सम्भावित साइड इफेक्टहरू: _____

औषधि सेवन गर्न सुरु गर्ने मिति: _____ औषधि सेवन गर्न बन्द गर्ने मिति: _____

अस्थमा इन्हेलहरू:

विद्यार्थीलाई इन्हेलरको उचित प्रयोगमा निर्देशित गरिएको छ र इन्हेलर र स्यव-प्रबन्ध गर्न जिम्मेवार हुनुहुन्छ:

☐ हो

☐ होइन

औषधिले विद्यार्थीको अस्थमाको आक्रमणबाट अपेक्षित राहत नपुगेको अवस्थामा पालना गर्नुपर्ने प्रक्रिया:

इन्हेलर निर्देशित नगरिएको विद्यार्थीले यो औषधिको डोज लगाउनुभयो भने उक्त विद्यार्थीमा देखिन सक्ने कुनै पनि गम्भीर प्रतिक्रियाहरूको सूची बनाउनुहोस्: _____

हामी क्लिनिकमा उपलब्धताका लागि नक्कली इन्हेलर उपलब्ध गराउन अनुरोध गर्छौं।

चिकित्सकको हस्ताक्षर

मिति

टेलिफोन

यो फारामको दुवै साइड पूरा गर्नुहोस्।

आमाबुवाको खण्ड

म यसद्वारा मेरो बच्चाका लागि माथि उल्लिखित औषधिहरू प्रबन्ध गर्न बोर्डद्वारा स्वीकृत कर्मचारीहरूलाई रिहा गर्छु र अनुमति दिन्छु। स्कूल डिस्ट्रिक्ट वा यसका कर्मचारीहरू औषधि प्रबन्धमा सहायता गर्न कुनै बाध्यता छैनन् र यसद्वारा बोर्डले निर्दिष्ट गरेको सबै विद्यालयका कर्मचारीहरू र शिक्षा बोर्डलाई अनुरोध गरिएको सहायता प्रदर्शन गरेको वा नगरेको कारणले गर्दा हुने क्षति वा चोटको दायित्वबाट मुक्त गर्छु भन्ने कुरा म यो फाराममा हस्ताक्षर गरेर थप स्वीकार गर्छु।

मैले औषधिको प्रबन्धको नीति पढेको र बुझेको छु।

विद्यार्थीको नाम: _____ जन्म मिति: _____ विद्यालयको भवन: _____

घरको ठेगाना: _____ फोन: _____

तपाईंले प्रत्येक विद्यालय वर्षबाट विद्यालयका ग्रेड K देखि 12 सम्मका कर्मचारीद्वारा निर्देशित औषधिको प्रबन्धका लागि नयाँ अनुरोध पूरा गर्नुपर्छ।

आमाबुवा/अभिभावकको हस्ताक्षर: _____ मिति: _____

विद्यार्थीहरू 5330 पृष्ठ 2 को 2 संसोधित 1/2023
