



Authorization for Administration of Medication at School 2025-26

ကော်ကင်းသားအမည် _____ အတန်း _____ အခန်း _____ သက်တမ်းကုန်ဆုံးရက် _____

ဆေးအမည် ဝေ့ဝေ့ ဆေးအခြေအနေ

အမှတ်

အခန်း

မညှိ/ ဆေးကုသောကုမ္ပဏီ

		မနက်	ည	
--	--	------	---	--

ဘယ်လိုယူလဲ။ ☐ ပါးစပ် ☐ ရှေးဆေး ☐ အရေပြားဖြင့် ဖုတ်ဆေးရန် အချိန် _____ ကုန်ဆုံးရက် _____

ဆေးသောက်ပုံစံ/ရေပိုက်ပုံစံ _____ အကြောင်းအရာဆေးကုသမှုဆောင်ရွက်ပေးရန် _____

☐ _____ ဤဆေးကို အိမ်သို့ ယူဆောင်ရန် ကျွန်ုပ်၏ ခွင့်ပြုချက် ရှိသည်။ ရက်စွဲ _____

(ကော်ကင်းသားအမည်)

☐ _____ အသက်(၁၈) နှစ် (သို့မဟုတ်) ၁၈ နှစ်အထက် အား ကြီးမားသောဆေးယူလာရန် ခွင့်ပြုပါသည်။ ရက်စွဲ _____

**** မှတ်တမ်း - အကျဉ်းချုပ်အားဖြင့် ပြောဆိုခြင်းသည် ဆေးကုသမှုဆောင်ရွက်ပေးရန် မိဘ/အုပ်စုမှ ခွင့်ပြုချက် ပေးရန် မလိုအပ်ပါ။**
ကော်ကင်းသားအမည်/အိမ်ထောင်စုမှ အကြောင်းအရာဆေးကုသမှုဆောင်ရွက်ပေးရန် မလိုအပ်ပါ။

ကော်ကင်းသားအမည်/ရက်စွဲအကြောင်းအရာဆေးကုသမှုဆောင်ရွက်ပေးရန် (အိမ်ထောင်စုမှ အကြောင်းအရာဆေးကုသမှုဆောင်ရွက်ပေးရန်)

☐ နေရာ/သို့မဟုတ်ပေးအထက်ပါပုံစံအချိန်အတိုင်းပေးပါ ☐ အထူးအကြောင်းအရာဆေးကုသမှုဆောင်ရွက်ရန်လိုအပ်သည်။

အဆိုပါအစီအစဉ်များပါဝင်သည်- _____

- ဤဆေးများကို ကျောင်းသို့ လုံခြုံစွာပို့ဆောင်ရေးအတွက် ကျွန်ုပ်တို့ တာဝန်ရှိပါသည်။
- သတ်မှတ်သည့်အတိုင်း ကွင်းဆင်းလေ့လာ၍ ဆေးကို ပေးဆောင်ရန် မေတ္တာရပ်ခံပါသည်။
- ဤဆေးကို စီမံခန့်ခွဲရာတွင် ဆိုးရွားသော တုံ့ပြန်မှုများ ဖြစ်ပေါ်ပါက ကျောင်းဝန်ထမ်းများအား တာဝန်မှ လွတ်ငြိမ်းခွင့်ပေးပါသည်။
- ဆေး၏ပြောင်းလဲမှု၊ (ဥပမာ- ဆေးပမာဏပြောင်းလဲခြင်း၊ ဆေးဆက်ခြင်းရပ်ဆိုင်းခြင်း စသည်) ကို ကျောင်းသို့ စာဖြင့်အကြောင်းကြားပါမည်။
- ကျွန်ုပ်တို့၏ကလေး၏ကျန်းမာရေးအခြေအနေနှင့် ဆေး၏လုပ်ဆောင်ချက်အကြောင်း ကျောင်းသား၏ဆရာ၊ ဆေးဆရာနှင့် လိုအပ်သောကျောင်းဝန်ထမ်းများနှင့် ဆက်သွယ်ရန် ကျောင်းသို့အကြောင်းကြားပါမည်။
- သတ်မှတ်ထားသောဝန်ထမ်းမှပေးသောဆေးအား ကျွန်ုပ်တို့ခွင့်ပြုချက်ပေးသည် (ကျောင်းသို့အကြောင်းကြားပါမည်)။
- ကျွန်ုပ်တို့သည် အထက်ဖော်ပြပါ ကျောင်းသား၏ တရားဝင် အုပ်စုမှ သို့မဟုတ် မိဘ၊ တရားဝင် အုပ်စုမှ သို့မဟုတ် အခြားသော ပုဂ္ဂိုလ်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့ အသိအမှတ်ပြုပါသည်။ ဤခွင့်ပြုချက်အတွင်း အချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့ဖော်ပြချက်ပါရှိပါသည်။



မိဘ/အုပ်စုမှ လက်မှတ်

ဆေးကုသမှုဆောင်ရွက်ပေးရန် (ဖုန်း)

ဆေးကုသမှုဆောင်ရွက်ပေးရန်

ဆေးကုသမှုဆောင်ရွက်ပေးရန် အမည်တပ်ဆင်ထားသော မူလဆေးကုသမှုဆောင်ရွက်ပေးရန်

ဆေးပြန်အမ်းခြင်း အချက်အလက်များ (ဆေးကို မိဘ/အုပ်စုမှ သို့မဟုတ် ပြန်ပေးသည့်အချိန်မှသာ ပြည့်စုံသည်)

ဤသည်မှာ ကျွန်ုပ် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်၏ သတ်မှတ်ထားသော ကိုယ်စားလှယ်သည် ကျွန်ုပ်တို့၏ကလေး၏ ဆေးကို ကောက်ယူခဲ့ကြောင်း အသိအမှတ်ပြုရန် ဖြစ်ပါသည်။



ကံနူးမာဟုကံ ဝုခိုဝ်းဝရးဝနဆောဌးမား (HEALTH and WELLNESS SERVICES)

1200 South Barr Street • Fort Wayne, IN 46802 • Phone: 260.467.1080 • Fax: 260.467.2862

ဆေးဝါးကွပ်ကဲရေး ခွင့်ပြုမိန့်

မိဘ/တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ/ကိုယ်စားလှယ်၏ လက်မှတ် _____ ရက်စွဲ _____

ပြင်းထန်ပြီး နာတာရှည် ကျန်းမာရေးအခြေအနေရှိသော ကလေးများနှင့် ဆယ်ကျော်သက်များသည် ၎င်းတို့၏ကျန်းမာရေးအခြေအနေကို ထိထိရောက်ရောက် စီမံခန့်ခွဲနိုင်ရန် ကျောင်းတွင် ဆေးပေးရန်လိုအပ်နိုင်ပါသည်။ ဆေးကို ညွှန်းသည်ဖြစ်စေ သို့မဟုတ် "ကောင်တာမှဖြစ်စေ" ဆေးဝါးအားလုံးကို ဆိုလိုသည်။ ဖြစ်နိုင်ပါက မိဘများနှင့် သမားတော်များအား ကျောင်းချိန်ပြင်ပတွင် ဆေးပေးမည့်အချိန်ဇယားကို ရေးဆွဲရန် တိုက်တွန်းအပ်ပါသည်။ တစ်နေ့လျှင် တစ်ကြိမ်၊ နှစ်ကြိမ် သို့မဟုတ် သုံးကြိမ် ပေးသောဆေးများကို သမားတော်က စာဖြင့် စာဖြင့် မပေးပါက အိမ်တွင် ပေးနိုင်ပါသည်။ နာရီ။

- တစ်ပတ်စာ ဆေးဝါးများသာ ပေးပို့ပါ။
- သင့်ဆေးဝါးကျွမ်းကျင်မှု ဆေးအတွက် မှန်ကန်သောတံဆိပ်တပ်ထားသော "SCHOOL BOTTLE" ကို ပေးဆောင်ရန် တောင်းဆိုပါ (#2 ကိုကြည့်ပါ။)
- ဖြတ်ရမည့်ဆေးကို ကျောင်းမပို့မီဖြစ်ရမည်။
- ကျောင်းမှပေးပို့သော ဆေးများအားလုံးတွင် သက်တမ်းကုန်ဆုံးရက်ကို စစ်ဆေးပါ။
- စာသင်နှစ်အစတွင် ဂျူဆေးအပြည့်ထည့်ပါ။ (၎င်းက ကျန်ရှိသော ဆေးအရေအတွက်ကို တွက်ချက်နိုင်စေသည်)
- အမေရိကန်ပြည်ထောင်စုတွင် လက်တွေ့လုပ်ဆောင်ရန် လိုင်စင်ရ ဆရာဝန်၊ သွားဆရာဝန် သို့မဟုတ် သူနာပြုဆရာမမှ လက်မှတ်ရေးထိုးထားသော လမ်းညွှန်ချက်များသည် နမူနာဆေးဝါးများအားလုံးနှင့်အတူ လိုက်ပါရမည်ဖြစ်ပြီး ဆေးများကို ကျောင်းသား၏အမည်၊ ဆေးအမည်၊ ဆေးပမာဏနှင့် ဆေး၏အချိန်ကြားကာလတို့နှင့် ထင်ရှားစွာ မှတ်သားထားရပါမည်။

ဆေးသောကု/တုံ့ကုန ဖုန်းနုကပု ဆောဌ်ကုပုခင်း အစီအစဉ် ပျပ်လုပွင့် အောကွါလုအိဌ်ကွီးပုပညာစုံရမည

1. "ကျောင်းတွင် ဆေးဝါးစီမံခန့်ခွဲမှုအတွက် ခွင့်ပြုချက်" ကို ဆေးဝါးတစ်ခုစီအတွက် မိဘ/တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူမှ လက်မှတ် ရေးထိုးပြီး ကျောင်းနှင့်အတူ စာရွက်စာတမ်း (ကျောင်းနှစ်တိုင်း အသစ်) တွင် ဖြည့်စွက်ရပါမည်။
2. ဆေးဝါးအားလုံးသည် မူလတံဆိပ်ပါပိုး (ဂျူဆေးများအပါအဝင်) တွင်ရှိရမည်ဖြစ်ပြီး ကျောင်းသား၏အမည်၊ ဆေးအမည်၊ ဆေးဝါးဖြန့်ဝေရန် လမ်းညွှန်ချက်များဖြင့် တံဆိပ်တပ်ထားရမည်ဖြစ်ပြီး အမေရိကန်ပြည်ထောင်စုတွင် လေ့ကျင့်ရန် လိုင်စင်ရထားသော ဆရာဝန်၊ သွားဆရာဝန် သို့မဟုတ် သူနာပြုဆရာမမှ ရေးထားရမည်ဖြစ်သည်။ . ဆေးစာပါ အညွှန်းပါသော တံဆိပ်သည် သမားတော်၏ ရေးထားသောအမိန့်စာအတွက် လိုအပ်ချက်နှင့် ကိုက်ညီမည်ဖြစ်သည်။
3. ဆေးဝါးများကို ကျောင်းသို့ ဘေးကင်းစွာ လွှဲပြောင်းပေးရန်အတွက် မိဘ/တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူ၏ တာဝန်ဖြစ်သည်။ ၎င်းသည် ကျောင်းသားအတွက် ဆေးဝါးအသစ်ဖြစ်ပါက၊ မလိုလားအပ်သော တုံ့ပြန်မှုများကို သတိပြုမိစေရန်အတွက် ကနဦးဆေးကို အိမ်တွင် ပေးရပါမည်။ မျှတစွာစေရန် မူလကော်သင်းတြငပေးထားသော ဆေးကုဝိ အိမြွငပုပုပုပု သိမူးထားဉမည
4. ပန်းနာရင်ကျပ်ရောဂါရှိသော ကျောင်းသား သို့မဟုတ် အခြားအသက်အန္တရာယ်ရှိနိုင်ခြေရှိသော ဖျားနာမှုဖြစ်လျှင် ကျောင်းသားကိုယ်တိုင် စီမံခန့်ခွဲသော ဆေးကို မိဘ၊ သမားတော်၊ ကျောင်းအုပ်နှင့် ကျောင်းအုပ်ကြီးတို့က ဆုံးဖြတ်သည့်အတိုင်း၊ "ဆေးဝါးခွင့်ပြုချက်" ၏ကိုယ်ပိုင်စီမံအုပ်ချုပ်မှုပုံစံ။ သမားတော်သည် ဤဖောင်ကို လက်မှတ်ရေးထိုးရန် လိုအပ်မည်ဖြစ်ပါသည်။ FWCS ဘုတ်အဖွဲ့နှင့် ၎င်း၏ဝန်ထမ်းများနှင့် အေးဂျင့်များသည် ကျောင်းသူနာပြု၏ ကြီးကြပ်မှုပြင်ပ ကျောင်းသား၏ ဆေးဝါးများ ကိုယ်တိုင် စီမံခန့်ခွဲခြင်းကြောင့် ဖြစ်ပေါ်လာသည့် ထိခိုက်ဒဏ်ရာရမှုများကြောင့် တမင်တကာ လိုလားတောင့်တသော အပြုအမူမှလွဲ၍ မည်သည့်တာဝန်ယူမှုမျှ မပြုရ။
5. ဆေးဖက်ဝင်အပင်များ ဖြည့်စွက်စာများသည် အမေရိကန်ပြည်ထောင်စုတွင် လေ့ကျင့်ရန် လိုင်စင်ရ မိဘ/တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူနှင့် သမားတော်မှ လက်မှတ်ရေးထိုးထားရမည့် အထူးခွင့်ပြုချက် လိုအပ်ပါသည်။
6. အသက်၊ ပမာဏနှင့် အကြိမ်ရေများဆိုင်ရာ ကောင်တာမှထုတ်ပိုးခြင်းဆိုင်ရာ လမ်းညွှန်ချက်များကို တင်းတင်းကျပ်ကျပ် လိုက်နာပါမည်။ ဆေးပမာဏနှင့်/သို့မဟုတ် အကြိမ်ရေကို ပြောင်းလဲရန် တောင်းဆိုချက်များသည် ပေးရမည့် ဆေး၏ ပမာဏနှင့် အကြိမ်ရေကို ဖော်ပြထားသော ဆေးဆရာ၏ ရေးထားသော မှတ်စုဖြင့် လိုက်ပါရမည်ဖြစ်ပြီး ၎င်းကို ကျောင်းတွင် လိုအပ်သည် (ဖက်စလက်ခံနိုင်သည်။)
7. သူနာပြုအား ကျောင်းသို့ ထိုးဆေးများ မယူဆောင်မီ သူနာပြုနှင့် တိုင်ပင်ရမည်ဖြစ်ပြီး ဖြည့်စွက်ပုံစံများ ဖြည့်စွက်ရပါမည်။ ဤဖောင်တွင် လက်မှတ်ထိုးရန် ဆရာဝန်တစ်ဦး လိုအပ်မည်ဖြစ်သည်။
8. ကျောင်းဝန်ထမ်းမှလွဲ၍ မည်သည့်ကျောင်းမှ သူနာပြုမှလွဲ၍ မည်သည့်ဝန်ထမ်းမှ သင့်လျော်သော လေ့ကျင့်မှုမရှိခဲ့ပါက ဆေးထိုးပေးမည်မဟုတ်ပါ။
9. စာသင်နှစ်ပိတ်ချိန်တွင် မိဘ/တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူမှ မကောက်ယူပါက ဆေးဝါးများကို ဖယ်ရှားပစ်မည် (#9 ကိုကြည့်ပါ။)
10. ကျောင်းကော်ပိုရေးရှင်းတစ်ခုသည် ကျောင်းချိန်အတွင်း စီမံခန့်ခွဲရန်အတွက် ကျောင်းမှပိုင်ဆိုင်သော အိမ်သုံးဆေးဝါး သို့မဟုတ် ကျောင်းသား၏မိဘမှ ကျောင်းသားအား ဆေးလက်ခံရရှိရန် စာဖြင့်ရေးသားခွင့်ပြုပါက ကျောင်းသားထံ ပေးပို့နိုင်ပါသည်။ ကျောင်းချိန်အတွင်း သို့မဟုတ် ကျောင်းသားအတွက် ကျောင်းလုပ်ငန်းဆောင်တာများတွင် စီမံခန့်ခွဲရန်အတွက် ကျောင်းမှပိုင်ဆိုင်သောဆေးဝါးများကို ကျောင်းသား၏မိဘထံသို့ ထုတ်ပေးနိုင်သည်။ သို့မဟုတ် အနည်းဆုံး အသက်ဆယ်ရှစ်နှစ် ပြည့်ပြီးသူ၊ ဆေးဝါးလက်ခံရရှိရန် ကျောင်းသားမိဘမှ စာဖြင့်ရေးသားသတ်မှတ်ထားသည်။ (Indiana Code၊ ဇူလိုင် ၁၊ ၂၀၀၅။)
11. လိုအပ်ချက်များ 1 နှင့် 2 ကို မဖြည့်ဆည်းဘဲ မိဘ/တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူသည် ၎င်းတို့၏ ကလေးအား ဆေးသောက်စေလိုပါက မိဘ/တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူသည် ကျောင်းသို့လာရောက်၍ ၎င်းအား ရုံး သို့မဟုတ် ဆေးခန်းတွင် စီမံနိုင်ပါသည်။