



ကျောင်းသားသည် ကျောင်းတွင် သို့မဟုတ် ကျောင်းနှင့်ပတ်သက်သော လှုပ်ရှားမှုများတွင် ဆေးသယ်ဆောင်ရန်နှင့် အသုံးပြုရန်အတွက် ခွင့်ပြုချက်လိုအပ်ပါသည်။ အညွှန်းညွှန်ကြားချက်များပါရှိသော ဆေးသည် မူရင်းပုံးထဲတွင် ရှိရပါမည်။ ဤဖောင်ကို သမားတော်မှ ဖြည့်စွက်ရပါမည်။

ကျောင်းသား: _____ မွေး မွေးနေ့ - _____
ကျောင်း - _____ တန်း - _____
ရုပ်ပိုင်းဆိုင်ရာအခြေအနေ (ရောဂါရှာဖွေခြင်း):- _____

ကုသခြင်း - သက်ဆိုင်သူများကို စစ်ဆေးပါ။ _____

☐ Inhaler အမျိုးအစား: _____
☐ ပြီးတော့ မုန့် ☐ Twinject® ☐ ဒိုင်ဖင်ဟိုက်ဒရာမင် ☐ အခြား (ရှင်းပြ)

တိကျသောကုသမှုလမ်းညွှန်ချက်များ

ကျွန်ုပ်တို့သည် အောက်ပါအတိုင်း အတည်ပြုပါသည်။

	ဟုတ်ကဲ့	မရှိ	
☐			ကလေးသည် Epi-Pen၊ ဂျူဆေး၊ နှင့်/သို့မဟုတ် ဆေးဝါးများကို သင့်လျော်စွာအသုံးပြုခြင်းအတွက် လေ့ကျင့်မှုရရှိခဲ့သည်။
☐			Epi-Pen၊ ဂျူဆေး၊ နှင့်/သို့မဟုတ် ဆေးကိုအသုံးပြုနေစဉ် ကလေးသည် သင့်လျော်သောနည်းပညာကို သရုပ်ပြသည်။
☐			ဆေးဝါးအတွက် သင့်လျော်ပြီး သတ်မှတ်ထားသော အချိန်ကို အသိအမှတ်ပြု နားလည်သဘောပေါက်သည်။
☐			ဆေးကို အခြားသူများနှင့် မျှဝေမည်မဟုတ်ပါ။
☐			ဂျူဆေး/အရေးပေါ်ဆေးသုံးပြီးနောက် အကဲဖြတ်ရန် ဆေးခန်းသို့လာရန် သဘောတူသည်။
☐			ကလေးအား ကျောင်းချိန်အတွင်းနှင့် ကျောင်းလှုပ်ရှားမှုများတွင် အထက်ဖော်ပြပါ ဆေးများကို သယ်ဆောင်ပြီး ကိုယ်တိုင်စီမံပေးရန် တောင်းဆိုပါသည်။

တုံ့ပြန်မှုများဆီသို့ ကြိုတင်ကာကွယ်မှုများ/ဖြစ်နိုင်ချေများနှင့် အကြံပြုထားသော ဝင်ရောက်စွက်ဖက်မှုများ
(ရှင်းပြရန် အခြားတစ်ဖက်ကိုသုံးပါ)

- ☐ ကျွန်တော့်အမြင်အရတော့ ဒီကလေးက အထက်ဖော်ပြပါ ဆေးတွေကို သယ်ဆောင်ပြီး ကိုယ်တိုင် စီမံခန့်ခွဲနိုင်တဲ့ စွမ်းရည်ကို ပြသပါတယ်။
☐ မိဘ/တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူသည် အထက်ဖော်ပြပါ အရေးပေါ်ဆေးဝါးများ ပေးဆောင်ပါမည်။ ကလေးကိုယ်တိုင် ဆောင်ထားသော ဆေးမသောက်ပါက ကျောင်းဆေးခန်းတွင် ထားရှိပါ။

ကျောင်း သူနာပြု များ သည် မိဘ တောင်းဆို ချက် နှင့် ဆရာဝန် ထုတ်ပြန် ချက် ကို လက်ခံ လိမ့်မည် ။ သူ တို့ သည် ကျောင်းသား ကို တာဝန် ယူ ရန် ခွင့်ပြု ပြီး ကူညီ လိမ့်မည် ဖြစ် သော်လည်း ကျောင်းသား သည် တာဝန် မ ရှိ သော အပြုအမူ ၏ လက္ခဏာ များ ပြသ လျှင် သို့မဟုတ် ဘေးကင်း လုံခြုံ မှု အန္တရာယ် ရှိ လျှင် အခွင့်အရေး ကို ရုပ်သိမ်း ရန် အခွင့်အရေး ကို သီးသန့် ထား ပါ သည် ။ သူ တို့ သည် ဤ ဖြစ်ရပ် တွင် ဖြစ် နိုင် သမျှ မြန်မြန် မိဘ ကို ဆက်သွယ် လိမ့်မည် ။

ကျွန်တော့်ကလေးဟာ ဆေးဝါးကို လျောက်ပတ်စွာသုံးစွဲဖို့ ညွှန်ကြားခံခဲ့ရပြီး ကိုယ့်ကိုယ်ကိုယ် ကုသနိုင်စွမ်းရှိတယ်ဆိုတာ ကျွန်တော်အသိအမှတ်ပြုတယ်။ ကျွန်တော် သည် အကဲဖြတ်လေ့ရှိပါတယ်။ ၎င်း ၏ ဘုတ် အဖွဲ့ ၊ အရာရှိ များ ၊ ဝန်ထမ်း များ ၊ နှင့် ကိုယ်စားလှယ် များ ကို ကျွန်တော့် ကလေး ၏ ဆေးဝါး များ ၏ ကိုယ်ပိုင် စီမံ ခန့်ခွဲ မှု နှင့် ဆက်စပ် သော မည်သည့် တာဝန် မှ မဆို လွှတ်ပေး ပါ သည် ။ အကဲဖြတ်လေ့ရှိပါတယ် သည် ဆေးဝါး များ ကို လျောက်ပတ် စွာ သုံးစွဲ ခြင်း သို့မဟုတ် စီမံ ခန့်ခွဲ ခြင်း ကို သေချာ စေရန် တာဝန် မ ရှိ ကြောင်း ကျွန်တော် နားလည် သည် ။

Physician's Signature	Print Name	Telephone	Date
မိဘ/တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ လက်မှတ်	ကျောင်းသား၏လက်မှတ်	တယ်လီဖုန်း	ရက်စွဲ

အထက် (နောက်ကျောဘက်မှ ဆက်)



သတိထားရမည့်အရာများ၊ ဖြစ်နိုင်ခြေရှိသော ဘေးထွက်ဆိုးကျိုးများနှင့် အကြံပြုထားသော ကြားဝင်ဆောင်ရွက်မှုများ-

အရေးပေါ်ရှူသွင်းကိရိယာ-

အိပ်-ပင်:

ဆေးဝါး (သတ်မှတ် ထား)
