MILWAUKEE PUBLIC SCHOOLS

MPS တရားဝင် ေဆးဝါးကုသမှု သေဘာတူညီခ်က္ ေလွ်ာက္လႊာ

ေက်ာင္းသားအမည္- _____ ID#- _____ ေမြးေန႔- _____

ေက်ာင္း- _____ အတန္း- _____

ေလးစားရပါေသာ မိဘ/တရားဝင္ အုပ္ထိန္းသူခင္ဗ်ာ-
မီလ္ဝဲကီး အမ်ားပိုင္ေက်ာင္းခ်ဳပ္ရိုး ေက်ာင္းသူနာျပဳမ်ားႏွင့္ ေက်ာင္းသူနာျပဳ တြဲဖက္အကူမ်ားသည္ ေက်ာင္းသား/သူမ်ားအား ဂပိုတစိုက္ ျပဳစုေစာင့္ေရွာက္ေပးလ်က္ ရွိပါသည္။ ဤဝန္ေဆာင္မွဳမ်ားသည္ သင့္ကေလး ေက်ာင္းတက္ေရာက္ခ်ိန္အတြင္း သူ၏ ေဘးကင္းလံုျခံဳေရး၊ စိတ္ခ်မ္းသာကိုယ္က်နး္မာ ရွိေစေရးႏွင့္ ေက်ာင္းတက္ေရာက္မွဳကို ပံ့ပိုးေပးသည္။

ရံဖန္ရံခါ ေခါင္းကိုက္ျခင္း၊ ငွက်ားအေၾကာဆိုင္ရာ နာက်င္မွဳေဝဒနာ ခံစားရျခင္း၊ အပြတ္ေရာင္ျခင္း၊ ထိခိုက္ဒဏ္ရာေၾကာင့္ အပိုးအဆစ္ရွိ အရည္အိတ္ေရာင္ျခင္း၊ ရာသီလာစဥ္ ကိုက္ခဲျခင္း သို႔မဟုတ္ အဖ်ား 100.4°F ႏွင့္အထက္ ဖ်ားနာျခင္းရွိေသာ ေက်ာင္းသားမ်ားကို သူနာျပဳမ်ားသည္ Acetaminophen (Tylenol®) သို႔မဟုတ္ Ibuprofen (Advil® သို႔မဟုတ္ Motrin IB®) ကို စီမံေပးႏိုင္ပါသည္။ **ေက်းဇူးျပဳ၍ မွတ္သားရန္မွာ အဖ်ားေရာဂါရွိေသာ ကေလးအား ေက်ာင္းတြင္ Tylenol ေဆး တိုက္ေကၽြးႏိုင္ေသာ္လည္း ထိုကေလးအား ေက်ာင္းမွ ေခၚေဆာင္ရမည္ ျဖစ္ၿပီး အဖ်ားက်ေဆးမေသာက္ဘဲ 24 နာရီၾကာ အဖ်ားကင္းစင္သည့္အခ်ိန္ အိမ္တြင္ ထားရမည္ျဖစ္သည္။**

ပန္းနာရင္ကပ္ပဲသို႔ ေရာဂါလကၡဏာမ်ားျပသည့္ ေက်ာင္းသားမ်ားကို ေက်ာင္းဂ်နး္မာေရးပိုးတြင္ ပစၥည္းရုံပိုင္ပါက သူနာျပဳမွ Albuterol သို႔မဟုတ္ Proventil® အသက္ပိြဳထုတ္ဂိရိယာတစ္ခု စီစဥ္ေပးႏိုင္ပါသည္။ **ဤပပ်ိဳတိုေကာ Albuterol အသက္ပိြဳထုတ္ဂိရိယာကို အေရးေပၚအေျခအေနမ်ားတြင္ အသံုးျပဳရန္အတြက္သာ ျဖစ္ၿပီး ေက်ာင္းတြင္ သင့္ကေလးလကၡိသံုးေနသည့္ ၎တို႔၏ အသက္ပိြဳထုတ္ဂိရိယာကို ေက်ာင္း၌ အသင့္ေဆာင္ထားသည့္ ကိရိယာျဖင့္ အစားထိုးျခင္း မဟုတ္ပါ။ သင့္ကေလးသည္ အသက္ကယ္ေဆး (သို႔မဟုတ္) Albuterol အသက္ပိြဳဆြဲရိုက္ အိမ္တြင္ အသံုးျပဳေနရပါက ထိုကဲ့သို႔ေဆးမ်ိဳးကို ေဆးစာႏွင့္အတူ လက္ခံတ္ေရးထိုးထားေသာ မိဘ/အုပ္ထိန္းသူ၏ သေဘာတူညီခ်က္ ေလွ်ာက္လႊာကို ေက်ာင္းသို႔ ေပးပို႔ထားေစလိုပါသည္။ ပပ်ိဳတိုေကာ Albuterol အသက္ပိြဳဆြဲရိုက္ကို မည္သည့္ ေလ့လာေရးခရီးစဥ္မ်ားတြင္မဆို ေပးပို႔ေပးမည္ မဟုတ္ပါ။**

သင့္ကေလးသည္ သင့္၏လက္ခံထိုးထားေသာ ခြင့္ျပဳခ်က္ျဖင့္သာ ဤေဆးမ်ားကို လက္ခံရရွိႏိုင္သည္ကို မွတ္သားထားရန္ အေရးႀကီးၿပီး၊ စီမံခြဲေဝမႈသည္ သူနာျပဳ၏ရရွိႏိုင္မွဳအေပၚ မူတည္ပါသည္။ သင့္ခြင့္ျပဳခ်က္သည္ **သင့္ကေလး၏ က်နး္မာေရးေစာင့္ေရွာက္မွဳ စီမံခန္႔ခြဲမွဳတြင္ သင္က တက္ၾကြစြာပါဝင္ေဆာင္ရြက္ေနၿပီး ေဆးဘက္ဆိုင္ရာ ၾကားဝင္ေဆာင္ရြက္ခ်က္မ်ားကို သိရွိနားလည္ေၾကာင္း ေသခ်ာေစပါသည္။**

သင္သည္ သင့္ကေလးအတြက္ ေက်ာင္းတြင္ လိုအပ္သည့္အခ်က္အလက္မ်ား ပပ်ိဳတိုေကာလ္ေဆးဝါးမ်ား လက္ခံရယူလိုပါက၊ ဤေလွ်ာက္လႊာကို ျဖည့္စၿီး ၎ကို ေက်ာင္းေနရာအေျချပဳ ေက်ာင္းသူနာျပဳထံ ျပန္ပို႔ေပးပါ။ သင့္ကေလး၏ က်နး္မာေရးလိုအပ္ခ်က္မ်ားႏွင့္ ပတ္သက္ေသာ ေနာက္ဆံုးရ သတင္းအခ်က္အလက္မ်ားကို ကြၽန္ုပ္တို႔ရရွိေၾကာင္း ေသခ်ာေစရန္အတြက္ ဤခြင့္ျပဳခ်က္ေလွ်ာက္လႊာပံုစံကို ႏွစ္စဥ္ ျဖည့္စြက္ရမည္ျဖစ္ေၾကာင္း သိရွိမွတ္ထားပါ။

ေဆးဝါးမ်ား အသံုးျပဳပံု ပမာဏကို ေက်ာင္းခ်ဳပ္၏ ေဆးဘက္ဆိုင္ရာ အဆက္ေပးအရာရွိမွ အတည္ျပဳထားေသာ "လမ္းညြန္ခ်က္မ်ား" တြင္ အေသးစိတ္ ေဖာ္ျပထားပါသည္။ **သင့္ကေလးအတြက္ သင္ ရရွိလိုေသာေဆးဝါးကို ေက်းဇူးျပဳ၍ စစ္ေဆးေပးပါ။** ေဆးေပးေဝမည့္ အစီအစဥ္မွာ ေအာက္ပါအတိုင္းျဖစ္သည္။

☐ ဖ်ားနာျခင္း၊ ေခါင္းကိုက္ျခင္း (သို႔) နာက်င္ျခင္း အတြက္ သူနာျပဳမ်ားမွ ေဖာ္ျပပါ ေဆးဝါးမ်ားကို ေပးႏိုင္သည္-
အေလးခ်ိန္ ညႊန္ၾကားခ်က္ေပၚ မူတည္ၿပီး **Acetaminophen** (Tylenol®) ခန္႔မွန္းေျခ 15 မီလီဂရမ္/ကီလိုဂရမ္/တစ္ခါေသာက္ရာကို လိုအပ္သလို 4-6 နာရီျခား တစ္ခါႏွင့္ ပမာဏ အမ်ားဆံုး တစ္ခါေသာက္ေဆး 650 မီလီဂရမ္။
သို႔မဟုတ္
အေလးခ်ိန္ ညႊန္ၾကားခ်က္ေပၚ မူတည္ၿပီး **Ibuprofen** (Advil® (သို႔) Motrin IB®) ခန္႔မွန္းေျခ 10 မီလီဂရမ္/ကီလိုဂရမ္/တစ္ခါေသာက္ရာကို လိုအပ္သလို 8 နာရီျခား တစ္ခါႏွင့္ ပမာဏ အမ်ားဆံုး တစ္ခါေသာက္ေဆး 400 မီလီဂရမ္။

☐ နာက်င္ျခင္း သို႔မဟုတ္ ဓမၼတာလာစဥ္ ကိုက္ခဲျခင္းအတြက္ သူနာျပဳမ်ားမွ ေဖာ္ျပပါ ေဆးဝါးမ်ားကို ေပးႏိုင္သည္-
အေလးခ်ိန္ ညႊန္ၾကားခ်က္ေပၚ မူတည္ၿပီး **Ibuprofen** (Advil® (သို႔) Motrin IB®) ခန္႔မွန္းေျခ 10 မီလီဂရမ္/ကီလိုဂရမ္/တစ္ခါေသာက္ရာကို လိုအပ္သလို 8 နာရီျခား တစ္ခါႏွင့္ ပမာဏ အမ်ားဆံုး 400 မီလီဂရမ္။

☐ ပန္းနာရင္ကပ္ပဲသို႔ ေရာဂါလကၡဏာမ်ားအတြက္ သူနာျပဳမ်ားမွ ေဖာ္ျပပါ ေဆးဝါးမ်ားကို ေပးႏိုင္သည္-
Albuterol တိုင္းတာထားသည့္ ပမာဏရွိေသာ အသက္ပိြဳထုတ္ဂိရိယာ 4-6 ခါက်မ္ ပိြဳသြင္းျခင္း။ ထိုေဆးကုသၿီးပါက သင့္ကို ဆက္သြယ္ပါလိမ့္မည္။ ေရာဂါလကၡဏာမ်ား ဆက္လက္ျပသေနပါက မိနစ္ 20 အတြင္း ေနာက္တစ္ခါက်မ္ ျပန္လုပ္ႏိုင္ပါသည္။

☐ ကြၽန္ုပ္၏ကေလးကို အထက္ေဖာ္ျပပါ မည္သည့္ တရားဝင္ ေဆးကုသမႈကိုမွ် မေပးပါႏွင့္။

ကြၽန္ုပ္တို႔သည္ သင့္ေရးသားေဖာ္ျပထားသည့္ ခြင့္ျပဳခ်က္ျဖင့္သာ သင့္ကေလးကို ျပဳစုေစာင့္ေရွာက္ႏိုင္ပါသည္။ သင့္ကေလးႏွင့္ **ဓာတ္မတည့္သည့္ ေဆးဝါးမ်ား** သို႔မဟုတ္ ေဆးဝါးမ်ားႏွင့္ ပတ္သက္ၿီး တံု႔ျပန္မွဳ မွတ္တမ္းမ်ား ရွိခဲ့ပါက ကြၽန္ုပ္တို႔သိ သိရွိလိုပါသည္။ **စာရင္းျပဳစု ေဖာ္ျပေပးပါ-**

_____

ကြၽန္ုပ္သည္ ကြၽန္ုပ္ကေလးအတြက္ ဖ်ားနာျခင္း၊ ေခါင္းကိုက္ျခင္း၊ နာက်င္ကိုက္ခဲျခင္း၊ ဓမၼတာလာစဥ္ ကိုက္ခဲျခင္း သို႔မဟုတ္ အသက္ပိြဳလမ္းေၾကာင္းဆိုင္ရာ ေရာဂါမ်ားအတြက္ သူနာျပဳမ်ားထံသို႔ အထက္ေဖာ္ျပပါ စစ္ေဆးထားၿပီးျဖစ္သည့္ ေဆးမ်ားကို ရံဖန္ရံခါေပးရန္ စီမံခြင့္ကို ေပးအပ္ပါသည္။

MILWAUKEE PUBLIC SCHOOLS

မိဘ/တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ လက်မှတ်	ဖုန်းနံပါတ်	ရက်စွဲ- (လ/ရက်/ႏွစ္)