MILWAUKEE PUBLIC SCHOOLS

ကိုယ်တိုင်သယ်ဆောင်လာသော Epinephrine Auto-Injector (အလိုအလျောက် ဆေးထိုးရေးကိရိယာ) အတွက် ထုတ်ပြန်ကြေညာချက်

ရက်စွဲ။ _____

ကျောင်းသား/သူအမည်။ _____ ID#: _____ မွေးသက္ကရာဇ်။ _____

ကျောင်း။ _____ အတန်း။ _____

အောက်ဖော်ပြပါ ကျောင်းသား/သူ အတွက် အောက်ပါ epinephrine auto-injector ကို သတ်မှတ်ထားပါသည်-

☐ EpiPen® .3 mg/.3ml ☐ Twinject® .3mg/.3ml ☐ Auvi-Q 0.3mg

☐ EpiPen Jr.® .15 mg/.15ml ☐ Twinject® .15mg/.3ml ☐ Auvi-Q .15mg

အထက်တွင်ဖော်ပြထားသော အမည်ရှိသည် ကျောင်းသူ/သား အနေဖြင့် ကိုယ်တိုင်သယ်ဆောင်လာသော epinephrine auto-injector ကို အသုံးပြုခွင့်ပေးရန် တောင်းဆိုပါသည်။

ကျောင်းသား/သူ အနေဖြင့် epinephrine auto-injector အသုံးပြုခြင်း၏ ရည်ရွယ်ချက်နှင့် သင့်လျော်သည့် နည်းလမ်းကို သင်ကြားခဲ့ပြီး နားလည်သဘောပေါက်ပြီးဖြစ်ပါသည်။ Milwaukee အစိုးရကျောင်းတာဝန်ခံများအနေဖြင့် ဆေးဝါးသုံး စွဲမှီနှင့်ပတ်သက်ပြီး ကျောင်းသား/သူ ကကိုယ်ပိုင်စီစဉ်ဆောင်ရွက်နေသည်ကို တွေ့ရှိရပါက အရေးပေါ် ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ/911 နှင့် မိဘ/အုပ်ထိန်းသူထံ ချက်ချင်း ဓေ ဓေါ်ယူတွေ့ဆုံသွားမည်ဖြစ်ပါသည်။

တွဲဘက်လက်မှတ်ရေးထိုးသူများဖြစ်သည့် ကျန်းမာရေး ထောက်ပံ့သူနှင့် မိဘဖြစ်သည့် ကျွန်ုပ်တို့အနေဖြင့် epinephrine ဆေးဝါးသုံးစွဲခြင်းနှင့်ပတ်သက်ပြီး ကိုယ်ပိုင်စီစဉ်မှုများကြောင့်ထိခိုက်နစ်နာမှုရှိပါက အဆိုပါထိခိုက်မှုအတွက် Milwaukee အစိုးရ ခရိုင်ကျောင်းများနှင့်ဝင်း၏ဝန်ထမ်းများ၊ အေးဂျင့်များ နှင့် အရာရှိများအား တာဝန်ယူရန် မည်သည့်တောင်းဆိုမှု ကိုမျှ မပြုလုပ်ပါ။

_____ _____

ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ထောက်ပံ့သူ အမည် ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ထောက်ပံ့သူ လက်မှတ်

_____ _____

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူအမည် မိဘ/အုပ်ထိန်းသူလက်မှတ်

_____ _____

သူနာပြုအမည် သူနာပြုလက်မှတ်

_____ _____

ကျောင်းအကြီးအကဲအမည် ကျောင်းအကြီးအကဲလက်မှတ်

Statute: Wis. Stat. Sec. 118.292