ROBERTSON COUNTY SCHOOLS

HUDUMA ZA UUGUZI ZA SHULE

800 M.S. Couts Blvd., Suite #1
Springfield, TN 37172
Nambari ya Simu: 615-382-3606 Faksi: 615-382-2306

FOMU YA AGIZO LA DAWA YA OTC

Mwanafunzi______________________________________ **Tarehe ya Kuzaliwa**_____________________

Shule_______________________________ **Darasa**____________ **Mwalimu**_______________________

Sera ya kutoa dawa ya Mfumo wa Shule wa Kaunti ya Robertson inasema, "Dawa zitatolewa tu wakati afya ya mwanafunzi inahitaji apewe dawa wakati wa saa za shule." Mzazi/mlezi lazima alete dawa shuleni. Dawa iliyoagizwa na daktari lazima iwe imebandikwa lebo sahihi ya dawa. Dawa ambazo hazikuagizwa na daktari lazima ziwe ndani ya chombo kipya ambacho hakijafunguliwa. Dawa zitahifadhiwa katika eneo salama kwenye kliniki. Mwanafunzi anaweza kuwa na dawa za dharura ikiwa imebainishwa na daktari.

YA KUJAZWA NA MZAZI/MLEZI

Jina la Dawa____**Muda Uliopangwa**________________
Dozi, Vipindi na Njia ya Kutumia____
Aina ya Dawa/Matibabu: ☐ Tembe/Kapsuli ☐ Ya Majimaji ☐ Sindano ☐ Ya Kuingizwa Mwilini kwa Neli ya Tumbo ☐ Kivutia Hewa ☐ Nebulaiza ☐ Nyingine_________________________
Sababu ya kupewa dawa____
Vizuizi na/au athari mbaya kubwa: ☐ Hakuna zinazotarajiwa ☐ NDIYO (eleza):_________________
____

Masharti Maalum ya Kuhifadhi: ☐ Hakuna ☐ Weka kwenye jokofu ☐ Lingine____________________

Matumizi ya Kliniki ya Shule Pekee: Tarehe Ilipopokelewa__________________
Dawa inapaswa kutolewa hadi: ☐ Mwisho wa Mwaka wa Shule ☐ Mwingine Tarehe/Muda ______________

Je, mwanafunzi huyu anaweza na anawajibika vya kutosha kutumia dawa hii mwenyewe akipewa usaidizi?
☐ NDIYO, kwa uangalizi (mfanyakazi aliyefunzwa anaweza kutoa usaidizi) ☐ HAPANA, muuguzi lazima ampatie dawa.

Kwa matumizi ya matukio/dharura pekee: ☐ NDIYO ☐ HAPANA

Dawa za Dharura Pekee: ☐ Mwanafunzi anawajibika na anaweza kubeba na kutumia dawa hii peke yake wakati wa dharura.

*Ninatoa ruhusa kwa mtoto wangu kupokea dawa iliyotajwa hapo juu wakati wa siku ya shule akisaidiwa na wafanyakazi wa shule inapohitajika.
*Mtoto wangu anaweza na anawajibika vya kutosha kutumia dawa hii mwenyewe (kwa usaidizi), au ikiwa ana dawa ya dharura, anaweza na anawajibika vya kutosha kuitumia bila usaidizi. ☐ NDIYO ☐ HAPANA

Sahihi ya Mzazi____ Tarehe___________________

Nambari za Simu endapo kuna dharura____

***** Fomu zilizojazwa pekee ndizo zitakazostahiki kufuatwa. Idhini iliyoandikwa inatumika kwa mwaka wa sasa wa shule pekee.*****