



ROBERTSON COUNTY SCHOOLS

સ્કૂલ નર્સિંગ સર્વિસીસ

800 M.S. Courts Blvd., Suite #1
Springfield, TN 37172
ફોન: 615-382-3606 ફેક્સ: 615-382-2306

ઓટીસી દવા ઓર્ડર ફોર્મ

વિદ્યાર્થી _____ જન્મદિવસ _____

શાળા _____ ગ્રેડ _____ શિક્ષક _____

રોબર્ટસન કાઉન્ટી સ્કૂલ સિસ્ટમની દવા આપવાની નીતિ જણાવે છે કે, “દવાઓ ફક્ત ત્યારે જ આપવામાં આવશે જો વિદ્યાર્થીના સ્વાસ્થ્યને કારણે શાળાના સમય દરમિયાન દવા આપવાની જરૂર પડે.” માતાપિતા/વાલીએ શાળામાં દવાઓ લાવવી આવશ્યક છે. પ્રિસ્ક્રિપ્શન દવામાં યોગ્ય ફાર્મસી લેબલ જોડાયેલું હોવું આવશ્યક છે. પ્રિસ્ક્રિપ્શન વગરની દવાઓ નવા, ન ખોલેલા કન્ટેનરમાં હોવી આવશ્યક છે. દવાઓ ક્લિનિકના સુરક્ષિત વિસ્તારમાં રાખવી જોઈએ. જો ચિકિત્સક દ્વારા નોંધવામાં આવે તો કટોકટીની દવાઓ વિદ્યાર્થીઓ પાસે રાખી શકાય છે.

માતા-પિતા/વાલી દ્વારા પૂર્ણ કરવાની રહેશે

દવાનું નામ _____ નિર્ધારિત સમય _____

ડોઝ, ફ્રીક્વન્સી અને રૂટ _____

દવા/સારવારનું સ્વરૂપ: ટેબ્લેટ/કેપ્સ્યુલ પ્રવાહી ઇન્જેક્શન જી-ટ્યુબ ઇન્હેલર
 નેબ્યુલાઇઝર અન્ય _____

દવા આપવાનું કારણ _____

પ્રતિબંધો અને/અથવા મહત્વપૂર્ણ આડઅસરો: કંઈ અપેક્ષિત નથી હા (વર્ણન): _____

વિશેષ સંગ્રહ આવશ્યકતાઓ: કંઈ નહિ રેફ્રિજરેટર કરો અન્ય _____

માત્ર સ્કૂલ ક્લિનિકના ઉપયોગ માટે: મેળવ્યાની તારીખ _____

દવા ક્યાં સુધી આપવી: શાળા વર્ષના અંતે અન્ય તારીખ/સમયગાળો _____

શું આ વિદ્યાર્થી આ દવા જાતે લેવામાં મદદ માટે સક્ષમ અને જવાબદાર છે?

હા, દેખરેખ હેઠળ (પ્રશિક્ષિત કર્મચારી મદદ કરી શકે છે) ના, નર્સે જ આપવી જોઈએ.

ફક્ત એપિસોડિક/ઇમરજન્સી ઉપયોગ માટે: હા ના

ફક્ત ઇમરજન્સી દવાઓ:

કટોકટીની સ્થિતિમાં વિદ્યાર્થી આ દવા લઈ જવા અને જાતે લેવા માટે જવાબદાર અને સક્ષમ બંને છે.

*હું મારા બાળકને શાળાના દિવસ દરમિયાન શાળાના કર્મચારીઓની સહાયથી ઉપરોક્ત દવા મેળવવાની મંજૂરી આપું છું.
*મારું બાળક આ દવા જાતે લેવા માટે સક્ષમ અને જવાબદાર છે (સહાયથી), અથવા જો તે કટોકટીની દવા લઈ જતો હોય, તો તે સહાય વિના સક્ષમ અને જવાબદાર છે. હા ના

વાલીની સહી _____ તારીખ _____

કટોકટીના સંજોગોમાં ફોન નંબરો _____

ફક્ત ભરેલા ફોર્મ જ સ્વીકારવામાં આવશે. લેખિત અધિકૃતતા ફક્ત વર્તમાન શાળા વર્ષ માટે છે.

એસએનએસ હેલ્થ મેન્યુઅલ

ઓટીસી મોડિફિકેશન ઓર્ડર ફોર્મ

07/10/25