



এখানে  
শিক্ষার্থীর ছবি

অ্যালার্জিস/অ্যানাফিল্যাক্সিস ঔষধ দেয়া সংক্রান্ত ফর্ম

প্রদানকারীর ঔষধের আর্ডরের ফর্ম। অফিস অভ স্কুল হেলথ। 2019-2020 স্কুল বছর

অনুগ্রহ করে স্কুল নার্সের কাছে ফেরত দিন। 31 মে, 2019-এর পরে ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন স্কুল বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ দেবি হতে পারে

Student Last Name	First Name	Middle	Date of birth ____/____/_____ MM DD YYYY	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Female	
OSIS Number _____		Weight _____ kg				
School (include ATSDBN/name, number, address and borough)			DOE District	Grade	Class	

HEALTH CARE PRACTITIONERS COMPLETE BELOW (স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী নিচের অংশটি পূরণ করবে)

Specify Allergy <input type="checkbox"/> Allergy to	Specify Allergy <input type="checkbox"/> Allergy to	Specify Allergy <input type="checkbox"/> Allergy to
History of asthma? <input type="checkbox"/> Yes (If yes, student has an increased risk for a severe reaction) <input type="checkbox"/> No	Does this student have the ability to: Self-Manage (See 'Student Skill Level' below) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
History of anaphylaxis? <input type="checkbox"/> Yes Date ____/____/_____ <input type="checkbox"/> No	Recognize signs of allergic reaction <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
If yes, system affected <input type="checkbox"/> Respiratory <input type="checkbox"/> Skin <input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Neurologic	Recognize/avoid allergens independently <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Treatment	Date ____/____/_____	

Select In School Medications

1. SEVERE REACTION

A. Immediately administer epinephrine ordered below, then call 911.

- 0.15 mg
- 0.3 mg

Give intramuscularly in the anterolateral thigh for **any** of the following symptoms (retractable devices preferred):

- Shortness of breath, wheezing, or coughing
- Fainting or dizziness
- Lip or tongue swelling that bothers breathing
- Pale or bluish skin color
- Tight or hoarse throat
- Vomiting or diarrhea (if severe or combined with other symptoms)
- Weak pulse
- Trouble breathing or swallowing
- Feeling of doom, confusion, altered consciousness or agitation
- Many hives or redness over body

Other: \_\_\_\_\_  
 If this box is checked, child has an extremely severe allergy to an insect sting or the following food(s): \_\_\_\_\_  
 Even if child has MILD symptoms after a sting or eating these foods, **give epinephrine.**

B. If no improvement, or if symptoms recur, repeat in \_\_\_\_\_ minutes for maximum of \_\_\_\_\_ times (not to exceed a total of 3 doses)

C. Give antihistamine after epinephrine administration (order antihistamine below)

<b>Student Skill Level (select the most appropriate option)</b> <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse/nurse-trained staff must administer <input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision	<input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry/self-administer <i>I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/fieldtrips/school sponsored events.</i>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> Practitioner's Initials
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2. MILD REACTION

A. Give antihistamine: Name: \_\_\_\_\_ Preparation/Concentration: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_ Route: \_\_\_\_\_

Frequency:  Q4 hours or  Q6 hours as needed for **any** of the following symptoms:  
 • Itchy nose, sneezing, itchy mouth      • A few hives or mildly itchy skin      • Mild stomach nausea or discomfort      • Other: \_\_\_\_\_

B. If symptoms of severe allergy/anaphylaxis develop, or if more than one symptom from each system is present, use epinephrine and call 911.

<b>Student Skill Level (select the most appropriate option)</b> <input type="checkbox"/> Nurse Dependent Student: nurse must administer <input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision	<input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry/self-administer <i>I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/fieldtrips/school sponsored events.</i>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> Practitioner's Initials
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3. OTHER MEDICATION

• Give Name: \_\_\_\_\_ Preparation/Concentration: \_\_\_\_\_ Dose: \_\_\_\_\_  
 Route: \_\_\_\_\_ Frequency: Q \_\_\_\_\_  minutes  hours as needed

Specify signs, symptoms, or situations: \_\_\_\_\_  
 If no improvement, indicate instructions: \_\_\_\_\_  
 Conditions under which medication should not be given: \_\_\_\_\_

<b>Student Skill Level (select the most appropriate option)</b> <input type="checkbox"/> Nurse-Dependent Student: nurse must administer <input type="checkbox"/> Supervised Student: student self-administers, under adult supervision	<input type="checkbox"/> Independent Student: student is self-carry/self-administer <i>I attest student demonstrated ability to self-administer the prescribed medication effectively for school/fieldtrips/school sponsored events.</i>	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> Practitioner's Initials
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Home Medications (include over-the-counter)

--	--

<b>Health Care Practitioner Name</b> LAST (Please print and circle one: MD, DO, NP, PA) Address	FIRST	Signature	Date ____/____/_____
NYS License # (Required)	NPI #	Tel. (____) _____ - _____	Fax. (____) _____ - _____

**অ্যালার্জি/অ্যানাফিল্যাক্সিস ওষুধ দেয়া সংক্রান্ত ফর্ম**

প্রদানকারীর ঔষধের আর্ডরের ফর্ম। অফিস অভ স্কুল হেলথ। 2019-2020 স্কুল বছর

অনুগ্রহ করে স্কুল নার্সের কাছে ফেরত দিন। 31 মে, 2019-এর পরে ফর্মগুলো জমা দিলে নতুন স্কুল বছরের জন্য প্রক্রিয়াকরণ দেরি হতে পারে

**PARENTS/GUARDIANS FILL BELOW (পিতামাতা/অভিভাবক নিচের অংশটি পূরণ করবে)**

**এটা স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, আমি নিম্নলিখিত বিষয়গুলো মেনে নিচ্ছি:**

- আমি আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনা অনুযায়ী ঔষধ সংরক্ষণ করার এবং অতঃপর স্কুলে দেয়ার অনুমতি দিচ্ছি। আমার সন্তানের ঔষধ সংরক্ষণ করার এবং অতঃপর স্কুলে ব্যবহার করার জন্য যদি কোন যন্ত্রপাতি প্রয়োজন হয় সেগুলোর জন্যেও অনুমতি দিচ্ছি।
- আমি জানি যে:
  - আমি অবশ্যই স্কুল নার্সকে আমার সন্তানের ঔষধ এবং যন্ত্রপাতি দিব। আমি স্কুলে রিট্র্যাক্টেবল নিডল সহ এপিনেফ্রিন পেন দেয়ার চেষ্টা করব।
  - আমি সকল প্রেসক্রিপশন এবং “ওভার-দ্যা-কাউন্টার (কাউন্টার থেকে কেন)” ঔষধ যেগুলো স্কুলে দিব সেগুলো অবশ্যই নতুন, মুখবন্ধ, এবং আসল (অরিজিন্যাল) বোতল বা বাক্সে ভরা থাকবে। স্কুল দিবসে ব্যবহার করার জন্য আমি স্কুলে বর্তমান, বাতিল (এক্সপায়ার) হয়ে যায়নি এমন ঔষধ প্রদান করবো।
    - পেসক্রিপশন ঔষধের বোতল অথবা বাক্সের উপর অবশ্যই আসল ফার্মাসির লেবেল থাকতে হবে। লেবেলে অবশ্যই অন্তর্ভুক্ত হতে হবেঃ 1) আমার সন্তানের নাম, 2) ফার্মাসির নাম এবং ফোন নম্বর, 3) আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নাম, 4) তারিখ, 5) রিফিলের সংখ্যা, 6) ঔষধের নাম, 7) সেবনের পরিমাণ (ডোজেজ), 8) কখন ঔষধ নিতে হবে, 9) কীভাবে ঔষধ সেবন করতে হবে এবং 10) অন্য নির্দেশনা।
  - আমি এতদ্বারা প্রত্যয়ন/নিশ্চিত করছি যে, আমি আমার সন্তানের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর সাথে কথা বলেছি এবং কোন সময় যদি আমার সন্তানের ব্যবস্থাপনে দেওয়া অ্যাজমা অথবা এপিনেফ্রিন ঔষধ সঙ্গে না থাকে, তখন আমার সন্তানকে মণ্ডুদ ঔষধ প্রদান করার জন্য আমি OSH-কে অনুমোদন দিচ্ছি।
  - আমার সন্তানের ঔষধে অথবা স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীর নির্দেশনায় কোন পরিবর্তন হলে স্কুল নার্সকে অবশ্যই **অতিসত্বর** জানাবো।
  - OSH এবং এর এজেন্টরা আমার সন্তানকে স্বাস্থ্য পরিষেবা দেয়ার সময় এই ফর্মের সঠিক তথ্যের উপর নির্ভর করে।
  - এই মেডিকেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্ম (MAF)-টি স্বাক্ষর করার মাধ্যমে, অফিস অভ স্কুল হেলথ (OSH)-কে স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানের অনুমতি দিচ্ছি। এই পরিষেবাগুলোর মধ্যে থাকতে পারে, কিন্তু এর মধ্যে সীমাবদ্ধ নয়, OSH-এর স্বাস্থ্য পরিষেবা প্রদানকারী অথবা নার্স দ্বারা ক্লিনিক্যাল মূল্যায়ন অথবা শারীরিক পরীক্ষা (ফিজিক্যাল এক্সাম)।
  - এই MAF-টিতে যে মেডিকেশন অর্ডার দেয়া আছে তা আমার সন্তানের স্কুল বছরের শেষে বাতিল হয়ে যাবে, যার মধ্যে গ্রীষ্মকালীন সেশন অন্তর্ভুক্ত হতে পারে, অথবা যখন আমি স্কুল নার্সকে একটি নতুন একটি MAF দিব (যেটা আগে হবে)।
  - আমার অনুমতি এবং এই ফর্মে অ্যালার্জি জনিত সেবার অনুরোধ যেভাবে বর্ণিত আছে এই ফর্মটি তার প্রতিনিধিত্ব করে। এটা OSH-এর কাছে অনুরোধকৃত সেবাগুলো প্রদানের কোন চুক্তি নয়। যদি OSH এই পরিষেবাগুলো প্রদান করার সিদ্ধান্ত নেয়, তবে আমার সন্তানের হয়তো স্টুডেন্ট অ্যাকোমোডেশন প্ল্যান লাগতে পারে। এই প্ল্যানটি স্কুল পূরণ করবে।
  - আমার সন্তানকে সেবা এবং চিকিৎসা প্রদানের উদ্দেশ্যে, OSH প্রয়োজন মনে করলে আমার সন্তানের মেডিক্যাল কন্ডিশন, ঔষধ অথবা চিকিৎসা সম্পর্কিত অন্যান্য তথ্য সংগ্রহ করতে পারে। OSH এই তথ্য আমার সন্তানকে স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করেছে যেসব হেলথ কেয়ার প্র্যাকটিশনার, নার্স, অথবা ফার্মাসিস্ট তাদের কাছ থেকে সংগ্রহ করতে পারে।

**নিজে ঔষধ সেবন (শুধুমাত্র স্বনির্ভর শিক্ষার্থীরা):**

- আমি প্রত্যয়ন/নিশ্চিত করছি যে আমার সন্তান নিজে ঔষধ সেবনে পুরোপুরি প্রশিক্ষিত এবং নিজেই নিজের ঔষধ নেবে। আমার সন্তানকে ঔষধ বহন করার, সংরক্ষণ করার এবং নিজে ঔষধ সেবন করার অনুমতি এই ফর্মের মাধ্যমে দিচ্ছি। আমার সন্তানকে ঔষধের উপরে যেভাবে বর্ণিত হয়েছে সেই অনুযায়ী বোতল অথবা বাক্স প্রদানে দায়বদ্ধ। আমার সন্তানের ঔষধ ব্যবহারের প্রতি, এবং এই ঔষধ স্কুলে ব্যবহার করার ফলে যে প্রভাব পড়তে পারে সে ব্যাপারে লক্ষ্য রাখতে আমি দায়বদ্ধ। আমার সন্তান ঔষধ বহন করতে পারবে এবং নিজে ঔষধ সেবন করতে পারবে কিনা তা স্কুল নার্স নিশ্চিত করবে। আমি স্কুলে স্পষ্টভাবে লেবেল করা বাক্স অথবা বোতলে “বাড়তি (ব্যাক আপ)” ঔষধ সংরক্ষণের জন্য দিতে সম্মত।
- যদি আমার সন্তান সাময়িকভাবে ঔষধ বহন করতে অথবা নিজে ঔষধ সেবন করতে অক্ষম হয় তবে স্কুল নার্স অথবা প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত স্কুল কর্মীগণ তাকে ঔষধ প্রদান করার অনুমতি দিচ্ছি।
- যদি আমার সন্তান সাময়িকভাবে ঔষধ বহন করতে অথবা নিজে ঔষধ সেবন করতে অক্ষম হয় তবে স্কুল নার্স অথবা প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত স্কুল কর্মীগণ তাকে ঔষধ প্রদান করার অনুমতি দিচ্ছি।

**দ্রষ্টব্য:** আপনি যদি স্টক ব্যবহারের সিদ্ধান্ত নিয়ে থাকেন, আপনাকে অবশ্যই আপনার সন্তানের এপিনেফ্রিন, অ্যাজমা ইনহেলার এবং অনুমোদিত অন্য যেসব ওষুধ নিজে নিজে দেয়া যায় সেগুলি স্কুল ট্রিপ এবং/অথবা আফটার স্কুল কর্মসূচির সময় তার সাথে পাঠিয়ে দেবেন যেন সেগুলি প্রয়োজনে তার জন্য সহজলভ্য হয়। স্টক মেডিকেশন শুধুমাত্র OSH স্টাফ দ্বারা স্কুলে ব্যবহারের জন্য।

শিক্ষার্থী শেষ নাম	প্রথম নাম	মধ্যনামের অদ্যাক্সর	জন্মতারিখ ___ / ___ / _____	স্কুল
স্কুলের ATSDBN/নাম			বরো	ডিস্ট্রিক্ট
পিতামাতা/অভিভাবকের নাম (ইংরেজি বড় অক্ষরে):			পিতামাতা/অভিভাবকের সই	সই দেওয়ার তারিখ ___ / ___ / _____
পিতামাতা/অভিভাবকের ইমেইল			পিতামাতা/অভিভাবকের ঠিকানা	
ফোন নম্বর: দিনের (_____) _____ - _____		বাড়ির (_____) _____	সেল ফোন (_____) _____ - _____	

**FOR Office of School Health (OSH) USE (অফিস অভ স্কুল হেলথ (OSH)-এর ব্যবহারের জন্য)**

**OSIS Number:**

**Received by: Name** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ **Reviewed by: Name** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

504  IEP  Other

**Referred to School 504 Coordinator:**  Yes  No

**Services provided by:**  Nurse/NP  OSH Public Health Advisor (For supervised students only)  School Based Health Center

**Signature and Title (RN OR SMD):** \_\_\_\_\_ **Date School Notified & Form Sent to DOE Liaison** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Revisions as per OSH contact with prescribing health care practitioner**  Modified  Not Modified