

অ্যাজমা মোডেশন অ্যাডমিনিস্ট্রেশন ফর্ম

অ্যাজমার সেবা প্রদানকারীর ওষুধের 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 প্রক্রিয়াকরন 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 জন্যও অনুমতি দিচ্ছি।
- আমি জানি যে:
 - আমি অবশ্যই স্কুল নার্সকে আমার সন্তানের ঔষধ এবং যন্ত্রপাতি সহ নন-অ্যালবিউটেরল ইনহেলার (non-albuterol inhaler) দিব।
 - 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। স্কুলে 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 হবে: 1) আমার সন্তানের নাম, 2) ফার্মাসির নাম এবং ফোন নম্বর, 3) আমার সন্তানের ডাক্তারের 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 ব্যবস্থাপণে দেওয়া অ্যাজমা অথবা ঔষধ সঙ্গে না থাকে, তখন আমার সন্তানকে মজুদ ঔষধ প্রদান করার জন্য আমি OSH-কে অনুমোদন দিচ্ছি।
 - আমার সন্তানের ঔষধে অথবা ডাক্তারের 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)।
 - যখন ঔষধের আদেশ বাতিল (এক্সপায়ার্ড) হয়ে যাবে, আমি আমার সন্তানের স্কুল নার্সকে স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী দ্বারা পূরণকৃত নতুন একটি MAF প্রদান করতে হবে। যদি এটা করা না হয়, যতক্ষণ পর্যন্ত না আমি স্কুল নার্সকে OSH স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী আমার সন্তানকে পরীক্ষা-নিরীক্ষা করতে পারবে না বলে কোন চিঠি দিব ততক্ষণ পর্যন্ত OSH স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী আমার সন্তানকে পরীক্ষা-নিরীক্ষা করবে। OSH স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী আমার সন্তানের অ্যাজমার লক্ষণগুলো পরীক্ষা-নিরীক্ষা করতে পারে এবং সেই অনুযায়ী অ্যাজমার ঔষধ প্রদান করতে পারে। OSH স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী চাইলে ঔষধ আগে যা ছিল তাই রাখতে পারে অথবা পরিবর্তন করতে পারে। OSH স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী একটি নতুন MAF পূরণ করবে যেন আমার সন্তান OSH-এর মাধ্যমে স্বাস্থ্য পরিষেবা গ্রহণ করতে পারে। OSH ভবিষ্যতে অ্যাজমার MAF লিখতে আমার স্বাক্ষর লাগবে না। যদি OSH স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী আমার সন্তানের জন্য একটি MAF পূরণ করে, তবে তিনি আমাকে এবং আমার সন্তানের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীকে তা জানানোর চেষ্টা করবে।
 - আমার অনুমতি এবং এই ফর্মে অ্যাজমা 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 অ্যাক্যাকমোডেশন 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 সেবনের জন্য (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।

দ্রষ্টব্য: আপনি যদি স্টক মেডিকেশন ব্যবহারের সিদ্ধান্ত নিয়ে থাকেন, তবে আপনাকে অবশ্যই আপনার সন্তানের অ্যাজমা ইনহেলার, এপিনেফ্রিন এবং অন্যান্য আলুয়োট্রিপ্টানিড নিজে সেবন করা যাবে এমন ঔষধ তার সাথে স্কুল ট্রিপের দিন এবং/অথবা আফটার স্কুল প্রোগ্রামে দিয়ে দেবেন যেন ওগুলো সহজলভ্য হয়।
স্টক মেডিকেশন OSH স্টাক দ্বারা স্কুলে ব্যবহারের জন্য।

শিক্ষার্থীর শেষ নাম	প্রথম	মধ্যনামের অদ্যাক্ষর	জন্মতারিখ ___/___/___
স্কুলের ATSDBN/নাম		ডিস্ট্রিক্ট	বরো
পিতামাতা/অভিভাবকের নাম ইংরেজি বড় অক্ষরে: _____		এখানে সই	স্বাক্ষর: _____
স্বাক্ষর দেওয়ার তারিখ ___/___/___		পিতামাতা/অভিভাবকের ঠিকানা: _____	
সেল ফোন (___ - ___) _____		অন্য ফোন (___ - ___) _____	
ইমেইল: _____			
বিকল্প জরুরি যোগাযোগের নাম/সম্পর্ক: _____		জরুরি যোগাযোগের ফোন: (___ - ___) _____	

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

OSIS Number: _____	<input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> Other
Received By Name: _____ Date ___/___/___	Reviewed By Name: _____ Date ___/___/___
Services Provided By <input type="checkbox"/> Nurse/NP <input type="checkbox"/> School-Based Health Center	<input type="checkbox"/> OSH Public Health Advisor (For supervised students only) <input type="checkbox"/> OSH Asthma Case Manager (For supervised students only)
Revisions per Office of School Health after consultation with prescribing practitioner: Modified <input type="checkbox"/> Not Modified <input type="checkbox"/>	
Signature and Title (RN OR MD/DO/NP): _____ 1&1-29425 (Bengali)	
Asthma MAF SY 2019-2020	

* গোপনীয় তথ্য ইমেইলের মাধ্যমে পাঠানো উচিত না ইমেইল

FOR PRINT USE ONLY