



बाट यसमा पूरा गरेको फारम फिर्ता गर्नुहोस्:
Jefferson County Public Schools,
Health Services Department, LAM Building
4309 Bishop Lane, Louisville, KY 40218
Telephone # (502) 485-3387
Fax # (502) 485-3670

JEFFERSON COUNTY PUBLIC SCHOOL

स्कूल बर्ष: _____

यो स्थानमा नालेखनुहोस्

1719111214

स्कूल स्वास्थ्य योजना

मधुमेह

कृपया सफासँग प्रिन्ट गर्नुहोस्।

भाग A अभिभावक/संरक्षक: पूरा गरेको बस्तुहरू 1 – 11

1) विद्यार्थी आईडी # []	2) विद्यार्थीको अन्तिम नाम []	3) विद्यार्थीको पहिलो नाम []	4) जन्म मिति []
5) स्कूल []	6) ग्रेड []		

अभिभावक / संरक्षकको नाम र सम्पर्क जानकारी

7) नाम []	8) फोन नम्बर () - []	9) पत्राचार ठेगाना, शहर, राज्य, जिप []	
10) आपतकालीन सम्पर्क []	() - []		

11) अभिभावक/संरक्षकलाई नोट: यो फारममा हस्ताक्षर गर्दा जेफर्सन काउन्टी बोर्ड अफ एजुकेशन र यसका कर्मचारीहरूलाई कुनै पनि प्रकृतिको दायित्वबाट मुक्त गर्नेछ जुन यस कार्य योजनाको परिणाम स्वरूप हुन सक्छ। यस फारमले स्कूल वा यसका कर्मचारीहरू स्वयमः को लापरबाहीको दायित्व हटाउने छैन। साथै, म यस स्वास्थ्य शर्तको बारेमा JCPS कर्मचारीसँग जानकारी आदान प्रदान गर्न स्वास्थ्य प्रदायकहरूलाई यो फारम पूरा गर्न र हस्ताक्षर गर्न अनुमति दिन्छु। म निश्चित गर्दछु र स्वीकार गर्दछु, जब म मेरो बच्चालाई स्कूल प्रायोजित क्षेत्र भ्रमणमा भाग लिन अनुमति गर्दछु, यी औषधीहरू र / वा स्वास्थ्य सेवाहरू पनि इजाजतपत्र प्राप्त स्वयम सेवकद्वारा प्रदान गर्न सकिन्छ।

अभिभावक कृपया ध्यान दिनुहोस्: स्कूलमा औषधी दिनको लागि प्रिस्क्रिप्शन आधिकारिक फारम स्कूलको फाईलमा हुनुपर्दछ।

अभिभावक/संरक्षक हस्ताक्षर X	टेलिफोन नम्बर () - []	मिति []
---------------------------------------	--	---

भाग B हेल्थकेयर प्रदायकद्वारा मात्र पूरा गर्नुहोस्: पूरा गरेको बस्तुहरू 12 – 19

12) मधुमेह निदान <input type="checkbox"/> टाइप 1 <input type="checkbox"/> टाइप 2			
13) इन्सुलिन प्रशासन * इन्सुलिनको प्रकार <input type="checkbox"/> द्वुत-कार्य (हुमालाग, नोभोलोग, अप्रिडा) <input type="checkbox"/> लामो-कार्य (ल्यान्टस / बासागर, लेमिमर) <input type="checkbox"/> अन्य _____ * इन्सुलिन डेलिभरी <input type="checkbox"/> सुई <input type="checkbox"/> कलम <input type="checkbox"/> पम्प <input type="checkbox"/> अन्य _____			
14) CGM को उपयोग: <input type="checkbox"/> हो <input type="checkbox"/> होईन			
15) न्यून रगतमा ग्लूकोज: 70/80 मिलीग्राम/डीएल भन्दा तल * लक्षणहरू <input type="checkbox"/> भोक <input type="checkbox"/> कमजोर/अस्थिर/फिक्का <input type="checkbox"/> टाउको दुखाई <input type="checkbox"/> बेवास्ता / भ्रम <input type="checkbox"/> रिंगटा <input type="checkbox"/> वाकवाकी / भोक नलाग्ने <input type="checkbox"/> अस्पष्ट बोली <input type="checkbox"/> कम्पन <input type="checkbox"/> पसिना बगु <input type="checkbox"/> प्रतिक्रिया बिहिन <input type="checkbox"/> धमिलो दृष्टि <input type="checkbox"/> अन्य (निश्चित गर्नु): _____			
16) उच्च रक्त ग्लूकोज: _____ मिलीग्राम/डीएल भन्दा माथि * लक्षणहरू <input type="checkbox"/> तिर्खा/पिसाब बढ्नु <input type="checkbox"/> थकित/सुस्त <input type="checkbox"/> तातो/सुख्खा/फल्यास छाला <input type="checkbox"/> धमिलो दृष्टि <input type="checkbox"/> पेट दुखाई/वाकवाकी/बान्ता <input type="checkbox"/> गनाउने सास <input type="checkbox"/> कमजोरी/मांसपेशिमा दुखाई <input type="checkbox"/> अन्य (निश्चित गर्नु): _____			
17) स्वतन्त्रताको स्तर: <input type="checkbox"/> स्वतन्त्र <input type="checkbox"/> पर्यवेक्षण मात्र <input type="checkbox"/> सहयोग			

18) ईन्सुलिन मात्रा:

* रगत ग्लूकोजको लक्ष्य: _____ देखि _____
 सुधार गरिएको मात्रा फर्मूला:
 यदि बिजी > _____ मिलीग्राम/डीएल, दिनुहोस् _____ एकाई प्रति _____ मिलीग्राम/डीएल > _____ मिलीग्राम/डीएल

कीटोन सप्लीमेंट फर्मूला
 * रगत ग्लूकोज > 200 मिलीग्राम/डीएल x2 एपिसोड वा विद्यार्थी बिरामी हुँदा केटोन्स जाँच गर्नुहोस्, प्रत्येक 4 घण्टा भन्दा धेरै पटक केटोन्सको लागि सही नगर्नुहोस्)
 निम्न रूपमा थप इन्सुलिन दिनुहोस्: सानो = _____ एकाईहरू, आधुनिक = _____, ठुलो = _____

कार्बोहाइड्रेट मात्राहरू:	<input type="checkbox"/> खाना खानु भन्दा पहिले	<input type="checkbox"/> खाना पछि
बिहानको खाना	1 युनिट प्रति _____ कार्बको ग्राम	
बिहानको खाजा	1 युनिट प्रति _____ कार्बको ग्राम	
भोजन	1 युनिट प्रति _____ कार्बको ग्राम	
दिउँसो खाजा	1 युनिट प्रति _____ कार्बको ग्राम	
PE/गतिविधि	1 युनिट प्रति _____ कार्बको ग्राम	
खारेज	1 युनिट प्रति _____ कार्बको ग्राम	
अन्य/आवश्यकता अनुसार	1 युनिट प्रति _____ कार्बको ग्राम	

* राउन्ड को लागि: पूरा एकाई आधा एकाई

* उच्च रक्त ग्लूकोजको लागि ठिक गर्नुहोस्, यदि > अन्तिम बोलस पछि 3 घण्टा

19) स्वास्थ्य सेवा प्रदायक जानकारी फारम अनिवार्य स्वास्थ्य सेवा प्रदायक र अभिभावक/संरक्षकद्वारा हस्ताक्षर गर्नु पर्छ

स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको हस्ताक्षर X	मिति []	चिकित्सा कार्यालयको छाप (प्रशोधनको लागि आवश्यक)
स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको मुद्रित नाम []		