

विद्यार्थी

09.2241 AP.21

निर्धारित वा ओभर-द-काउन्टर ड्रगहरूको लागि अनुमति फारम

विद्यालय कर्मचारी द्वारा पूरा गर्न	
स्कूल: _____	फारम प्राप्त मिति: _____
म/हामी स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको कथन र/वा अभिभावकको अख्तियारीको प्राप्ति स्वीकार गर्छौं।	
हस्ताक्षर: _____	

विद्यार्थीको नाम: _____ विद्यार्थीको उमेर: _____ जन्म मिति: _____

कक्षा: _____ होमरूम/कक्षाकोठा: _____

आमाबुवा/अभिभावक द्वारा पूरा गरिनु पर्छ	
औषधिको नाम: _____	
औषधि खानुको कारण: _____	
एलर्जी: _____	
कुनै अन्य अवस्था(हरू) _____	
औषधि/उपचारको फारम:	
<input type="checkbox"/> ट्याब्लेट / क्याप्सुल <input type="checkbox"/> तरल <input type="checkbox"/> इनहेलर <input type="checkbox"/> इन्जेक्शन <input type="checkbox"/> नेबुलाइजर <input type="checkbox"/> अन्य _____	
निर्देशनहरू (विद्यालयमा दिइने समयतालिका र डोज): _____	
सुरु: <input type="checkbox"/> फारम प्राप्त मिति <input type="checkbox"/> अन्य, विशेषगरेर: _____	
बन्द: <input type="checkbox"/> स्कूल वर्षको अन्त्य <input type="checkbox"/> अन्य मिति/अवधि: _____	
<input type="checkbox"/> एपिसोडिक/आकस्मिक घटनाहरूको लागि मात्र	
प्रतिबन्धहरू र/वा महत्वपूर्ण प्रभावहरू: <input type="checkbox"/> कुनै प्रतिबन्ध छैन	
<input type="checkbox"/> हो। कृपया वर्णन गर्नुहोस्: _____	
विशेष भण्डारण आवश्यकताहरू: <input type="checkbox"/> कुनै पनि छैन <input type="checkbox"/> रेफ्रिजेरेटर <input type="checkbox"/> अन्य _____	
स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको नाम _____	
ठेगाना: _____	फोन: _____ फ्याक्स _____
म _____ लाई मानक विद्यालय नीति अनुसार विद्यालयमा माथिको औषधि प्राप्त गर्न र स्पष्ट रूपमा	
विद्यार्थीको नाम	
हानिरहित राख्नको लागि अनुमति दिन्छु, र विद्यालय वा यसका कर्मचारीहरू र एजेन्टहरूको तर्फबाट कुनै पनि चोटपटक वा प्रतिक्रियाहरूको प्रशासनको परिणामस्वरूप कुनै दायित्व माफ गर्न चाहन्छु। माथिको औषधि विद्यालय वा यसका कर्मचारीहरूको तर्फबाट लापरवाही वा दुर्व्यवहारको परिणाम नभएसम्म। चलिरहेको औषधिहरूका लागि, मैले चिकित्सक वा स्वास्थ्य सेवा प्रदायकको आदेशहरू पालना गर्न सक्षम पार्न विद्यालयलाई पर्याप्त मात्रामा औषधि उपलब्ध गराउने अन्तिम जिम्मेवारी मैले बुझेको छु।	
मिति: _____	हस्ताक्षर: _____ सम्बन्ध: _____
घरको फोन: _____	कामको फोन: _____ आपतकालीन फोन: _____

विद्यार्थी

09.2241 AP.21

(जारि)

निर्धारित वा ओभर-द-काउन्टर ड्रगहरूको लागि अनुमति फारम

चिकित्सक वा अधिकृत स्वास्थ्य सेवा प्रदायक आदेशहरू

औषधिको स्व प्रशासनको लागि

यो विद्यार्थी सक्षम, जिम्मेवार छ, र माथिको औषधि स्व-प्रशासन गरेको देखाएको छ

हो - सुपरिवेक्षण नगरिएको हो - पर्यवेक्षण गरियो होइन यो विद्यार्थीले आफैले औषधि बोक्न हुँदैन

यो विद्यार्थीले यो औषधि आफैँ बोक्न सक्छ: हो होइन

नोट: स्कूल नर्सले कुनै पनि आपतकालीन औषधि दिनको लागि बिना इजाजतपत्र स्कूलका कर्मचारीहरूलाई प्रत्यायोजन र तालिम दिनेछ।

हस्ताक्षर: _____ मिति _____

चिकित्सक वा अधिकृत प्रदायक: हालको विद्यालय वर्षको लागि मात्र मान्य

ओभर द काउन्टर औषधिको लागि लगातार 3 दिन भन्दा बढी दिन

****ओभर-द-काउन्टर औषधिहरू स्वास्थ्य सेवा प्रदायकबाट लिखित आदेशको साथ लगातार (3) दिन भन्दा बढी दिन सकिन्छ****

हस्ताक्षर: _____ मिति _____

चिकित्सक वा अधिकृत प्रदायक: हालको विद्यालय वर्षको लागि मात्र मान्य

यस कागज फारमको सट्टामा जिल्लाले पर्याप्त रूपमा बराबरको इलेक्ट्रोनिक फारम प्रयोग गर्न सक्छ।

समीक्षा/संशोधित: 7/27/2021